Rok XXXIV. Kraków 19. Stycznia 1895 r. Nr. 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości 1½ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy [illegible] Nr. 8. Telefonu Nr. [illegible]

Administracya:
Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya, a w Paryżu p. Adam 41, rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 41, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Onufrowicz 157, Clinton [illegible] Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O przyszywaniu śledziony (splenopexia).

Podał

Prof. Rydygier.

Kiedy w dniach ostatnich dostałem w opiekę swą przypadek śledziony ruchomej, nadający się do operacyi, postanowiłem śledzionę opadłą do miednicy odprowadzić na swoje miejsce i tam ją ustalić. Po przejrzeniu literatury[1]) nie znalazłem ani jednego przypadku przyszycia śledziony ruchomej, tylko przy wszystkich operacyach wykonano wycięcie śledziony. Wyniki tej operacyi były wprawdzie nie bardzo złe, bo D a n d o l o[2]) podaje na 17 przypadków 2 razy zejście śmiertelne a we wszystkich przypadkach wyleczonych miał później być stan prawidłowy, o ile je przez czas dłuższy obserwowano. Mimo to nie mogłem porzucić pierwotnej swej myśli, bo przecież nie sposób przypuszczać, że śledziona tak sobie w ustroju naszym nie jest potrzebnym narządem a nowa nie odrasta.

A priori przyznać sobie musiałem, że przytwierdzenie śledziony w prawidłowem miejscu nie jest operacyą technicznie łatwą a tem trudniej otrzymać stały wynik. Wiemy z doświadczenia na nerce, jak trudno w daleko dogodniejszych stosunkach utrzymać ją samem przyszyciem na stałe w należytem położeniu. Nie trzeba zapominać, jak cienką ma śledziona torebkę, jak już prawidłowo stanowi narząd bardzo krwisty i do krwawienia pochopny, a tem więcej jest to w przypadkach ruchomej śledziony, gdzie zwykle jest powiększoną i przekrwioną, dla czego to n. p. S u t t o n[3]) w swoim przypadku wycięcia ruchomej śledziony, którą naprzód odprowadził, nie śmiał jej przyszyć i kiedy w 3 miesiące później znalazł ją znowu opadłą, wyciął ją po powtórnej laparotomii. Pominąwszy to niebezpieczeństwo nakłucia tak krwistego narządu, którego ja za tak wielkie nie uważam, trzeba było przy układaniu sposobu przytwierdzenia śledziony na swojem miejscu przedewszystkiem o tem pamiętać, **ż e b y t a m p r z y r o s ł a n a s t a ł e**. Wiemy, jak łatwo przedłużają się zrosty otrzewnowe.

To też postanowiłem ś l e d z i o n ę w ł o ż y ć d o k i e s z e n i w y t w o r z o n e j z o t r z e w n y ś c i e n n e j k l a t k i p i e r s i o w e j, k t ó r ą p o n a c i ę c i u o d d z i e l i ć n a l e ż a ł o o d ś c i a n y k l a t k i p i e r s i o w e j w k s z t a ł c i e t o r e b k i d o ś ć w i e l k i e j, ż e b y d o l n a c z ę ś ć ś l e d z i o n y m o g ł a s i ę w n i e j p o m i e ś c i ć. W ten sposób daje się pewną podstawę tak, że śledziona nie może się opuścić, a powtóre można prawie zupełnie uniknąć szwów przez miąższ śledziony, a głównie *ligamentum gastro-lienale* przyszyć do krawędzi torebki. Żeby śledziona nie mogła wypaść z tak utworzonej torebki, trzeba torebkę naprzód zrobić dość głęboką a następnie kilku szwami, założonymi przez więzadło śledziony i brzeg torebki należycie ją przytwierdzić. Gdyby stósunki sprzyjały (wiotkie ściany brzuszne), możnaby może jeszcze drugą torebkę zwróconą ku górze zrobić dla górnego końca śledziony, to atoli jest zadanie bardzo trudne i nie uda się w każdym przypadku; jak sobie rzecz ułatwić, zaraz opiszę.

S p o s ó b w y k o n a n i a całej operacyi jest więc następujący:

Robi się laparotomię w linii białej. Jeżeli stan śledziony opuszczonej nie jest do tego stopnia zmieniony, że

[1]) Przejrzałem podręczniki K o e n i g a, A l b e r t a, H ü t e r a i D u p l a y-R e c l u s a, monografię L e d d e r h o s e g o: *die chirurg. Erkrankungen der Milz;* dalej *Centrbl. f. Chir.*, *Revue de chirurgie*, *Verhandl. d. Dt. Ges. f. Chirurgie*, *Dt. Z. f. Chir.*, L a n g e n b e c k a *Archiv* i V i r c h o w-H i r s c h a *Jahresberichte* z ostatnich lat po wyjściu wyżej wspomnianej monografii.

[2]) D a n d o l o: Lo stato presente della chirurgia della milza. Milano 1893, ref. w Centrbltt f. Chir. 1893 p. 499.

[3]) S u t t o n: Excision of a wandering spleen for axial rotation. Lancet 1892 December 17. ref. w Centr. f. Chir. 1893 p. 352.

nie dozwala na odprowadzenie, powiększenie średnio nie przeszkadza temu, to unosimy śledzionę, wsuwamy ją na próbę na swoje miejsce, żeby sobie w myśli oznaczyć wielkość i położenie torebki, mającej objąć dolny odcinek śledziony. Następnie wyjmujemy na nowo śledzionę, cięciem poprzecznem, ku górze nieco wypukłem, długiem odpowiednio do szerokości śledziony nacinamy otrzewną, wyściełającą wewnętrzną ścianę klatki piersiowej w okolicy XI X. i IX. żebra. Potem na tępo palcami lub podważką oddzielamy otrzewnę od jej podstawy, tworząc torebkę o dnie zaokrąglonem, zdolną do przyjęcia śledziony. Żeby torebka ta później nie powiększyła się pod uciskiem włożonej śledziony, zakładamy blizko jej dna kilka szwów węzełkowych. Brzeg jej przyszywamy do *ligamentum gastro-lienale*, które się o niego opiera. Dodać możemy jeszcze kilka szwów pomocniczych w otoczeniu, nawet jeden lub drugi przez sam miąższ śledziony. Również można też przed włożeniem śledziony do torebki poskrobać dolny jej odcinek, żeby w ten sposób podrażniona otrzewna tem pewniej zrosła się z ścianami torebki.

Powiedziałem już, że dobrze byłoby, gdyby można dla większej pewności i górny odcinek śledziony wsunąć w podobną, tylko w odwrotnym kierunku wydrążoną torebkę. Żeby sobie zadanie to ułatwić, trzebaby torebkę tę w środku przeciąć z góry do dołu. W ten sposób powstaną dwa płaty, któreby łatwiej można nałożyć na górny odcinek i następnie dopiero w środku napowrót szwem połączyć. W trudniejszych stosunkach możeby się udało przynajmniej wytworzenie jednego takiego płata a mianowicie przedniego, któryby przyszyty z góry do *ligamentum gastro-lienale* już na pewno utrzymywał śledzionę przytwierdzoną. Jeżeliby to się nie udało, to należy jednym lub kilku szwami starać się górny odcinek śledziony przytwierdzić do ścian.

W podobny sposób postąpiłem w swoim przypadku, z którego przebiegu później zdam sprawę, a teraz zadość czynię przedewszystkiem miłemu obowiązkowi podziękowania koll. Jordanowi i Paszkowskiemu za tak pod każdym względem arcyciekawy przypadek.

Rozumie się, że tylko dalsze doświadczenie rozstrzygnąć może o stopniu użyteczności opisanego sposobu i nasunąć ewentualne modyfikacye. Spodziewam się jednak, że myśl zasadnicza znajdzie w przyszłości zastosowanie.

Podobnie jak w przypadkach nerki ruchomej, wycinano z początku bez skrupułu nerki a dziś żaden chirurg już na to się bez specyalnego wskazania nie zgodzi. Tak, sądzę, być powinno i przy postępowaniu ze śledzioną ruchomą.

II. Jeszcze kilka uwag o wstrzykiwaniach sublimatu pod spojówkę gałki ocznej.

Napisał

Dr. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Keratitis parenchymatosa.

Do połowy Września roku zeszłego stosowałem wstrzykiwania sublimatu w trzech tylko przypadkach tego cierpienia, wyniki zaś spostrzeżeń wypadły niepomyślnie; odtąd stosowałem środek w 12 przypadkach. Z tych w dwóch byłem zmuszony zaniechać stosowania sublimatu, ponieważ po czterech wstrzyknięciach nie dostrzegłem żadnego polepszenia (formy nieswoiste), z 3 zaś przypadków nie zdaję sprawy, gdyż nie spostrzegałem ich do końca.

1) Anna S., 18-letnia, cierpiąca od trzech tygodni. Zęby Hutchinsona, gruczoły cokolwiek obrzmiałe. Nacieczenie $^2/_3$ górnych części rogówek, podrażnienie nieznaczne. W odstępach trzechdniowych wstrzyknąłem sublimat po 6 razy do każdego oka. Atropiny wcale nie zapuszczałem. 22. Października zamglenie zajmuje w każdem oku tylko $^1/_4$ górnej części rogówki. O. pr V.=20/30. O. l. V.=20/50. Następnie jeszcze po dwa wstrzyknięcia do każdego oka, później *syrupus ferri jodati*.

2) Elżbieta N., 14-letnia, chora od dwóch miesięcy, od miesiąca z trudnością sama chodzi. Wyżyła już około 20 grm. jodku potasu; od początku stosowano atropinę. Obie rogówki zamglone o tyle, że tęczówki ledwo przeświecają, o tyle jednak tylko, że barwy ich poznać nawet nie można. Rogówki są unaczynione na całej przestrzeni, zwłaszcza w górnej części. Zęby prawidłowe, gruczoły nie obrzmiałe. Rodzice zupełnie zdrowi; podejrzenia co do kiły żadnego zgoła. Od 1. Grudnia 1893 do 1. Lutego 1894 roku po 15 wstrzykiwań do każdego oka. Roztwór atropiny przez pierwsze 2 tygodnie po trzy razy dziennie, następnie przez 2 tygodnie raz na dzień; 5. Lutego 1894 roku O. pr V=20/100, O. l V.=20/70; w częściach środkowych rogówki tylko przy oświetleniu bocznem dostrzegamy nieznaczne zamglenia, naczynia zaś bardzo nieliczne dają się spostrzegać tylko w częściach obwodowych. Od 5. Lutego do 25. Lutego 1894 roku wstrzyknięto jeszcze po 3 razy do każdego oka; 28. Lutego 1894 roku O. pr. V=20/40, O. l. V=20/40+; rogówki prawie zupełnie przeźroczyste. Później kalomel.

3) Jerzy P., 20-letni, 10. Grudnia 1893. Cierpi na prawe oko od 3 miesięcy, lewe oko zupełnie zdrowe. Objawów kiły żadnych niema. Cała prawie rogówka jest zupełnie zamgloną, naczynia bardzo nieliczne, silne łzawienie i bóle w prawej skroni. Chory nie mógł poddać się na razie leczeniu; otrzymał atropinę, okłady ciepłe i miksturę Bietta. Zjawił się ponownie we dwa miesiące. Całą rogówkę prawego oka pokrywały zupełnie naczynia krwionośne. W rogówce lewego oka środkowe zamglenie miąższowe i unaczynienie górnej trzeciej części. Przez przeciąg miesiąca nie poddawał się następnie żadnej kuracyi (prócz atropiny). Od 10. Marca 1894 do 10. Kwietnia 1894 zrobiłem po 10 wstrzykiwań do każdego oka (obok stosowania nadal atropiny). W lewem oku nastąpiło znaczne polepszenie (V=20/100), natomiast rogówka prawego oka tylko znacznie zbladła. Następnie zrobiłem do lewego oka jeszcze 4, do prawego jeszcze 10 wstrzykiwań; 10. Maja 1894 V=20/50 (nieznaczne zamglenia środkowej części rogówki), prawa zaś rogówka zbladła zupełnie, lecz V=20/200, samo zaś zaćmienie przybrało barwę białawą. 10. Sierpnia 1894 O. l. V=20/40, O. pr. V = 20/200, później *hydr. rubrum*.

4) Jan P., 7-letni. Wyraźne oznaki wrodzonej kiły; chory na oczy od miesiąca. Prawa rogówka zupełnie zamglona i unaczyniona; liczy palce tylko na odległości 2', zamglenie lewej rogówki zajmuje większą znacznie górną jej połowę. Od 4. Marca do 22. Maja zrobiłem do prawego oka 15, do lewego 9 wstrzyknięć, poczem lewa rogówka stała się prawie przeźroczystą, na prawej zaś pozostały środkowe zamglenia. Później *laudanum liquidum* i mikstura Bietta.

5) Piotr P., 7-letni. Zęby Hutchinsona, bez żadnych oznak kiły. Sprawa miąższowa zajmuje górną połowę lewej rogówki; prawe oko zupełnie zdrowe. Od 4. Marca do 8. Maja 1894 roku wstrzyknąłem 6 razy, poczem zaćmienie zupełnie znikło. W końcu Maja zachorowało prawe oko; 15. Czerwca 1894 znalazłem w górnej połowie rogówki okrągłe, miąższowe zamglenie. Po czterech wstrzyknięciach (od 6. Czerwca do 6. Lipca 1894 r.) sprawa ustąpiła; pozostało nieznaczne zaćmienie.

6) Stefan N., 30-letni. Górną połowę prawej rogówki zajmuje gęste zamglenie, wcale naczyń nie posiadające; oko

to zachorowało przed 4 miesiącami, żadnych objawów kiły. Chorego od początku leczono atropiną, okładami ciepłymi i jodkiem potasu. Od 2 tygodni doświadcza łzawienia w lewem oku, którego rogówka jest również nieznacznie zamglona w obrębie odcinka zewnętrznego. Od 4. Lutego do 15. Marca 1894 roku wstrzyknąłem 8 razy do prawego oka; po upływie zaś tego czasu tylko przy pomocy oświetlenia bocznego w środku rogówki tego oka mogłem dostrzedz nieznaczne zaćmienie. Do lewego oka wstrzyknąłem sublimat tylko 3 razy, poczem zamglenie odcinka zewnętrznego ustąpiło zupełnie.

7) Antoni K., 22-letni. Blizny z obu stron szyi, gruczoły limfatyczne obrzmiałe. Obie rogówki zamglone tak dalece, że barwy tęczówki określić zgoła niepodobna. Zadraźnienie oczu bardzo znaczne. Od 10. Maja do 8. Sierpnia wstrzyknąłem do każdego oka po 11 razy sublimat. Już po 5 pierwszych wstrzyknięciach chory dość swobodnie mógł chodzić, 10. Sierpnia zaś O. pr. V = 20/50, O. l. V = 20/40; nieznaczne zaćmienia pozostawały tylko w środku rogówek. Później kalomel.

Tak więc z 9 przypadków spostrzeganych do końca tylko w dwóch wypadło zaniechać sublimatu. We wszystkich innych był on użyteczny, gdyż przebieg choroby o wiele był prędszy. Działał on skutecznie zarówno w przypadkach kiłowych, jakoteż powstałych i na tle innych skaz i tem prędzej, im wcześniejszym był okres cierpienia, w którym leczenie stosować zaczęto.

Choroby twardówki.

1) Jan S., 40-letni. Cierpi na oczy od 4 lat. Od tego czasu cierpienie powtarzało się 5 razy, z niewielkiemi przerwami. Obie białkówki, przeważnie w okolicy równikowej, mają barwę czerwoną z odcieniem fiołkowym. W zewnętrznym odcinku oka prawego a w górnym i wewnętrznym lewego powstały od 3 tygodni nowe ogniska cierpienia. Poprzednio stosowano ciepłe okłady, mięsienie i salicylan sodu. Żadnej skazy ogólnej dostrzedz nie mogłem. Od 3. Marca do 12. Maja 1894 roku dokonałem po 6 wstrzykiwań do każdego oka, poczem nowe ogniska ustąpiły zupełnie, gdy poprzednio każdy napad trwał zwykle przeszło 3 miesiące.

2) Anna P., 38 letnia. Od 6 lat cierpiała trzy razy na ostry reumatyzm stawowy. Przed 2 laty zachorowała na prawe oko; plama czerwona na gałce bliżej rogówki, cierpienie trwało przeszło 3 miesiące. W miejscu odpowiedniem pozostała na białkówce plama niebieska. W połowie Kwietnia r. b. zachorowało lewe oko. 30. Kwietnia znalazłem ognisko *episcleritis*, które zajmowało znaczny odcinek zewnętrzny lewej gałki. Bóle były bardzo silne; nie ustępowały ani po okładach ciepłych ani też po antipyrynie i kokainie. Od 1. Kwietnia do 1. Maja zastosowałem 8 wstrzykiwań. Już po pierwszych dwóch wstrzyknięciach bóle ustąpiły zupełnie, po 8 zaś pozostała na gałce bardzo blada plama niebieska.

Choroby tęczówki.

W pierwszej swej pracy wspomniałem, że z pomiędzy 4 przypadków zapalenia tęczówki, w których stósowałem wstrzykiwania sublimatu, godne uwagi wyniki osiągnąłem w jednym tylko przypadku, w 3 zaś innych nie mogłem dostrzedz wpływu widocznego na przebieg cierpienia. Odtąd stósowałem sublimat w 15 przypadkach zapalenia tęczówki, z których w 8-miu była kiła, 7 zaś pozostałych zamieścić wypada w rubryce *ir. rheumatica*. Nie będę przytaczał nawet najkrótszych opisów przypadków z osobna, zwłaszcza że były to formy dość lekkie i niezadawnione. Najlepsze wyniki osiągnąłem w przypadkach kiłowych, jakkolwiek w żadnym przypadku nie osiągnąłem wyzdrowienia po jednem tylko lub 2 wstrzyknięciach, gdyż zwykle wstrzykiwałem sublimat 4 do 8 razy, w odstępach 1—2—3 dniowych. Przyznać mi się nadto wypada, że w żadnym przypadku nie odważyłem się wstrzymać od stósowania atropiny a to z powodu, że już z dawniejszych spostrzeżeń przekonać się mogłem, że sublimat, jakkolwiek zmniejsza już po pierwszem wstrzyknięciu zadraźnienie i bóle rzęskowe, nie działając jednak na źrenicę rozszerzająco, nie tylko nie jest w stanie rozerwać przyczepin już powstałych, lecz, jak się zdaje, nie jest nawet w stanie zapobiedz ich powstaniu. W jednym przypadku wcale nie ciężkiego nawet zapalenia swoistego, w którym w pierwszych dniach leczenia wstrzymałem się od zastosowania atropiny, przebieg choroby był wprawdzie przy użyciu sublimatu bardzo pomyślny, pozostały jednakże ostatecznie dość liczne przyczepiny, mimo nawet forsownego zapuszczania atropiny w późniejszym okresie leczenia. Zossenheim w 5 przypadkach zapalenia tęczówki (z tych 3 kiłowe) wcale nie stosował atropiny; o ile jednak w istocie sprawy te ustępowały bez przyczepin, z podanego opisu poszczególnych przypadków wnosić dokładnie nie możemy, gdyż autor stan źrenicy określa tylko słowami „źrenica okrągła". W każdym razie w przypadkach kiłowych, które spostrzegałem (należały one, jak wspomniałem już, do względnie łagodnych) wyzdrowienie, a wszystkie przypadki obserwowałem do końca, następowało w ciągu 8—16 dni. W przypadkach nie swoistych *iritis rheumatica*, bez wybitnych jednak objawów reumatyzmu, w żadnym nie widziałem działania równie pomyślnego, jak podaje Zossenheim. Również i w tych przypadkach zawsze stósowałem atropinę; natomiast nie stósowałem żadnych innych środków, wszystkie zaś przypadki miałem na oku aż do zupełnego wyzdrowienia. Wspomnę tu, że Zossenheim z pomiędzy 13 przypadków niekiłowego zapalenia tęczówki w 8 równocześnie z sublimatem stósował inne środki, 2 zaś przypadki nie były obserwowane do końca. Jedno tylko bezwarunkowo przyznać muszę, że wstrzykiwania sublimatu bądź co bądź skracają przebieg cierpienia.

Wspomnę jeszcze o 2 przypadkach *iritis serosa*.

1) Jerzy S., 30-letni, zecer. Od miesięcy był zmuszony zaniechać zwykłych zajęć. Refrakcya miarowa, żadnego podraźnienia, V = 20/200. Przy oświetleniu bocznem spostrzegamy bardzo nieliczne przyczepiny tylne, na błonie Descemetego obu rogówek dość obfite osady, zwłaszcza w dolnej połowie. Kile stanowczo nie podlegał; ogólny stan zdrowia najzupełniej zadawalający. Od 4. Lutego do 9. Marca 1894 roku po 7 wstrzyknięć do każdego oka (obok atropiny), poczem osady zupełnie znikły, przyczepiny są rozerwane, V = 20/20.

2) Antoni J., 27-letni. Przed 4 laty cierpiał na kiłę. Przed 2 laty wystąpiły liczne wyrzuty na skórze; poddano go powtórnie leczeniu szaruchą i jodkiem potasu, nadto brał kąpiele siarczane na Kaukazie. Od pół roku zaczął doświadczać stopniowego upadku wzroku. Zadano wewnątrz 30 grm. K. I.; roztwór atropiny po 2 razy dziennie. Stan wzroku bynajmniej się jednak nie polepszył. 12. Kwietnia 1894 roku V = 20/200 na lewem a 20/100 na prawem oku. Na torebce obu soczewek w pobliżu środka po kilka plamek barwikowych, świadczących o dawnych przyczepinach, prawdopodobnie rozerwanych przez atropinę; liczne osady na błonie Descemeta. Po 6 wstrzyknięciach sublimatu do każdego oka osady znikły a 30. Kwiet. było O. pr. = 20/30, O. l. V = 20/40; w tem ostatniem plamy barwikowe na torebce soczewki były znaczniejsze.

Żadnych innych środków leczniczych w obu przypadkach nie stósowałem a jednak przy dawniejszych sposobach leczenia równie pomyślnego przebiegu cierpienia nigdy nie widziałem.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Pierwszy przypadek błonicy gardła i krtani leczony surowicą Behringa w Tarnowie.

Skreślił

Dr. Henryk Kowalski,

docent higieny w c. k. seminaryum nauczycielskiem.

Zaledwie trzy miesiące upłynęło od czasu, w którym najpierw Roux w Budapeszcie a w parę tygodni później Behring we Wiedniu podali zgodnie korzystne wyniki leczenia błonicy u ludzi surowicą Behringowsko-Ehrlichowską a już świat lekarski kontrolujący ich doświadczenia podzielił się na dwa sobie przeciwne obozy.

Gdy z niemieckich lekarzy Kossel, Strahlmann, Hager, Mosler, Borger, Baginsky, Korte i Widerhofer, z francuskich Martin, Chaillou, Simon i Moizard, z włoskich Risso i Mya, z angielskich: I. W. Horne, Mac Gregor, Heringham, Washburn, Goodall i Card, z polskich: Słapa, Bączkiewicz, Janowski, Merczyński i Kucharski — nie wypowiedziawszy jeszcze ostatecznego sądu — potwierdzają korzystne skutki surowicy leczniczej, wstrzykiwanej podskórnie w pierwszych trzech dniach choroby a prof. Jakubowski, aczkolwiek dotychczasowa obserwacya kilku, dotąd surowicą leczonych przypadków nie uprawnia go jeszcze do czynienia wniosków, zachęca jednakże do dalszych doświadczeń, to znów poważny zastęp lekarzy, rzecz dziwna, wyłącznie z samych Niemców złożony, jak: Emmerich, Bock, Samter, Ritter, Oppenheim, Cnyrim, Gottstein a głównie asystent prof. Virchowa, Hansemann występują przeciw stosowaniu surowicy Behringowsko-Ehrlichowskiej a to z tej przyczyny, iż nie ma ona uodporniającej mocy, nie wpływa pomyślnie na przebieg błonicy, co większa wywołuje dość często albo zapalenie nerek, albo zakażenie ustroju, cechujące się wysoką gorączką, obrzmieniem i bolesnością gruczołów chłonnych, osutką podobną do pokrzywki, bólami mięśni, stawów i głowy, tudzież uczuciem ogólnego osłabienia.

Jako zwolennik teoryi fagocytów Miecznikowa, uważając białe ciałka krwi nietylko za zdolne do walki z bakteryami, lecz i ich wytwory za odpowiednie do osłabiania jadu błoniczego, krążącego we krwi chorych na błonicę, mając na uwadze doświadczenia Gabriczewskiego [1]), przedsięwzięte zeszłego roku w instytucie Pasteura, iż surowica lecznicza działa dlatego korzystnie w błonicy, że wywołuje leukocytozę a ciałka białe krwi czyni sposobniejszemi do pożerania laseczników, nie widząc z zewnętrznego użycia chlorku pilokarpiny, mimo nim wywołanej leukocytozy [2]) pomyślnego przebiegu w błonicy w tych przypadkach, gdzie choroba zszedłszy z gardła na krtań, zakażając coraz więcej ustrój jadem błoniczym, zwężenie jej z następowem zatruciem krwi kwasem węglowym wywołała, a w których dotąd zawsze wykonywałem cięcie tchawicy z 55% tylko wyzdrowienia — poczytuję sobie za obowiązek podać do wiadomości Szanownych Kolegów przypadek błonicy gardła i krtani, leczony zapomocą intubacyi i surowicy Behringa, zawierającej zdaniem jego antytoksyny, działanie jadu błoniczego niszczące, nie tyle z chęci zwiększenia jednego z powyż wymienionych obozów, ile raczej w celu przedstawienia objawów chorobowych, ich interesującego przebiegu i praktycznych uwag, które mi się nasunęły podczas leczenia niniejszego przypadku tymi nowymi sposobami.

Dnia 26. Grudnia z. r. wezwali mię małżonkowie H. i R. E., mieszkańcy Tarnowa do swego synka Zygmunta, 27 miesięcy liczącego, trzeci dzień na gardło chorego, u którego wykryłem rozległe, dość grube, szaro-białawe naloty na obu migdałkach, chrypkę, pusty i suchy kaszel. Ciepłota ciała 37·5, tętno 120 a mocz nie zawierał białka. Z przyczyny, iż nie było jeszcze objawów zwężenia krtani, przepisawszy wewnętrznie chlorek pilokarpiny i wziewania z roztworu sublimatu, oznajmiłem rodzicom, że stan dziecka ze względu na zajęcie już krtani błonicą jest bardzo groźnym, a objaśniwszy ich następnie o pomyślnych skutkach intubacyi a względnie i tracheotomii, pouczyłem ich zarazem o korzystnych wynikach leczniczej surowicy Behringa, stosowanej w pierwszych trzech dniach choroby. Atoli, gdy na zapytanie ich, czy już w Tarnowie leczono jakie dziecko tą nową metodą, dałem im odpowiedź przeczącą, oświadczyli mi stanowczo, że nie życzą sobie, aby na ich dziecku z tymże środkiem czyniono pierwszą próbę.

Skoro dnia 27. Grudnia ciepłota z 37·5 podniosła się na 37·8 a tętno ze 120 na 140 i obok kaszlu bardzo suchego wystąpił zupełny bezgłos, przybiegł do mnie ojciec chorego z prośbą, abym u jego synka zastosował środek przeciwbłoniczy Behringa. Odstawiwszy chlorek pilokarpiny i wziewania ze sublimatu o godz. 5. popołudniu a w i ę c w 4-tym dniu choroby po naradzie odbytej z kolegą Drem Trammerem, za pomocą dobrze wyjałowionej strzykawki Behringa w s t r z y k n ą ł e m d z i e c k u pod skórę w okolicy lewych, wrzekomych żeber 8 cm³ s u r o w i c y B e h r i n g o w s k o - E h r l i c h o w s k i e j Nr. 1., sprowadzonej przez aptekarza p. Adlera z fabryki Meister Lucius i Brüning w Hoechst, wypróbowanej i napełnionej tamże dnia 19. Grudnia z. r. i Nr. 113 oznaczonej. W godzinę po wstrzyknięciu ciepłota ciała podniosła się na 38·0, tętno spadło do 100 a liczba oddechów wynosiła 28; w nocy spało dziecko dość spokojnie i pociło się obficie.

Dnia 28. Grudnia rano chory niespokojny o sinawo-czerwonych wargach, oddycha ciężko wdechem daleko słyszalnym, skrzydła nosowe i mięśnie oddechowe pomocnicze pracują raźno, okolica wyrostka mieczykowatego zapada się podczas wdechu, nad płucami nie słychać oddechu pęcherzykowego, tylko świst udzielający się z tchawicy, słowem objawy znacznego zwężenia krtani. Wypociny na migdałkach o połowę mniejsze, ciepłota ciała 38·0, tętno 120, liczba oddechów 32, w moczu niema białka. Po zezwoleniu rodziców na intubacyę o godz. 11-tej przedpołudniem w asystencyi kolegi Dra Zbigniewicza założyłem do krtani jeden z metalowych, dobrze pozłoconych tubusów według systemu O'Dwyera, poczem nitkę do niego przymocowaną owinięto około ucha i przytwierdzono na policzku plastrem. Dziecko po wykaszleniu sporej ilości śluzu, zaczęło zaraz oddechać swobodniej; wkrótce jednakże wystąpiło u niego tak znaczne utrudnienie połykania, że chory choć z obniżoną głową nie mógł przełknąć nawet łyżeczki mleka, by się bardzo i długo nie krztusił. Celem utrzymania sił chorego poleciłem zadawanie co 6 godzin lawatyw odżywczych, złożonych ze szklanki po połowie zmieszanego rosołu z mlekiem, pół łyżeczki peptonu Kemmericha, jednego żółtka roztartego z gramem soli i dwóch łyżek dobrego wina tokajskiego. Gdy wieczorem ciepłota podniosła się do 39·0, tętno do 132 i stało się wiotkiem, a oddech syczącym z przyczyny zasychania śluzu w tubusie, gwoli podniecenia osłabionej czynności serca przepisałem czopki z 0·05 kamfory i 0·03 będźwinianu sodo-kofeinowego do zakładania co 4 godziny w odbytnicę, w celu zaś rozrzedzania śluzu w tubusie wziewania z roztworu dwuboranu sodowego 3 : 100 za pomocą rozpylacza Siegla.

Dnia 29. Grudnia rano ciepłota 38.5, tętno 124; wypociny na migdałkach prawie zupełnie znikły, pozostawiając

[1]) Annales de l' Institut Pasteur 1894, 25. Oct. i *Wiener Med. Wochenschrift* 1895. Nr. 1.

[2]) H. Kowalski: Jaki sposób leczenia błonicy gardła daje najlepsze wyniki? *Medycyna* r. 1894. Nr. 34 i *Przegl. lek.* r. 1894 Nr. 37.

tu i owdzie resztki w kształcie cienkich nitek. Oddech przez tubus swobodny, zatrzymywanie lawatyw odżywczych dość długie. O godz. 7. wieczór dziecko senne, bezwładne, o policzkach bladych, wargach nieco sinawo-czerwonych, ciepłota ciała 40·0, tętno 160, nikłe, nieregularne, liczba oddechów 60, wymiar serca poprzeczny powiększony. Z ust nie czuć nieprzyjemnej woni; gruczoły chłonne podszczękowe nieobrzmiałe. W moczu nie ma białka a na skórze osutki; badanie fizyczne płuc nie wykazało żadnych zboczeń, oddech choć bardzo szybki, cechuje się wszędzie wdechem pęcherzykowym.

Nie mogąc sobie wytłómaczyć tego ciężkiego stanu, grożącego lada chwila porażeniem serca, jak tylko zatruciem ustroju dziecka toksynami, wydzielonemi z laseczników błoniczych, gdyż zrazowego zapalenia płuc nie było, choroba nie zeszła na tchawicę i oskrzela, krtań nie była punktem wyjścia gnilicy *(sepsis)*, gruczoły chłonne podszczękowe nie uległy zapaleniu a nerki były zdrowe, radziłem rodzicom ponowne wstrzyknięcie surowicy Behringa, zawierającej w sobie antytoksyny. Gdy do narady zawezwani koledzy dr. Trammer i dr. Zbigniewicz potwierdzili moje zapatrywanie, w obecności ich o godz. 9. wieczór, szóstego dnia choroby a w 52 godzin po pierwszem wstrzyknięciu, wstrzyknąłem 8 cm³ surowicy Behringa w okolicę lewych żeber wrzekomych, lecz nieco dalej ku tyłowi niż poprzednio, z flaszeczki tą samą datą próbowan a i napełniania, co pierwsza oznaczonej. Już o godz. 11. w nocy stan ogólny dziecka poprawił się znacznie, senność ustąpiła, policzki zarumieniły się, ciepłota ciała opadła do 38·8, tętno do 136 a liczba oddechów do 48.

Dnia 30. Grudnia rano ciepłota 38·0, tętno 132, liczba oddechów 36, białka niema w moczu; zalecono dalej lawatywy odżywcze i czopki czynność serca wzmacniające. O godz. 8. wieczór ciepłota 38·3, tętno 128, liczba oddechów 38.

Dnia 31. Grudnia rano chłopczyk wesoły, bawi się zabawkami, ciepłota 38·2, tętno 120, liczba oddechów 32, kaszel dość częsty, wykrztuszanie śluzu wcale dobre, mocz nie zawiera białka, pragnienie dość wielkie, które z obawy przed zakrztuszeniem się podczas połykania wody, chory gasi wkładaniem palca do ust, zamaczanego poprzednio w zimnej wodzie. Wobec tak pomyślnego stanu chorego i swobodnego oddechania, postanowiłem wyjąć tubus, co też zrobiłem w asystencyi kolegi dra Zbigniewicza o godz. 11. przedpołudniem, poczem po wykrztuszeniu dość znacznej ilości śluzu dziecko swobodnie zaczęło oddechać a w 10 minut później i bez krztuszenia się połykać płyny.

Z prawdziwą też rozkoszą przypatrywaliśmy się małemu pacyentowi, gdy wobec nas wypił z wielką chciwością bez krztuszenia się najpierw szklaneczkę wody a następnie pół szklanki mleka. Od tego też czasu zaprzestano zadawania lawatyw odżywczych i czopków podniecających a zaleciwszy dyetę płynną, pożywną i spore dawki wina, przeciw chrypce obok wziewań z dwuboranu sodowego przepisano napar ipeki z będźwinianem i węglanem sodowym z dodaniem rozcieku ammonowo-anyżkowego. Wieczorem ciepłota 38.0, tętno 108, oddechów 28.

1. Stycznia b. r. zrana ciepłota 37·4, tętno 96, oddech 32. Po lewej stronie brzucha w miejscu, w którem zastrzyknięto surowicę Behringa, na zaczerwienionej skórze, w rozmiarze dwóch dłoni męskich widać osutkę w kształcie mnóstwa drobniuteńkich, nieco wystających, ciemno-czerwonych guziczków, tu i owdzie w pęcherzyki, płynem jasnym napełnione przeobrażonych. Po południu ciepłota 37·0, tętno 96, oddechów 28; po śnie dłuższym chrypka i suchy kaszel, który po uskutecznieniu wyż wymienionych wziewań staje się wilgotniejszym.

3. Stycznia rano ciepłota 36·8, tętno 96, oddechów 28; w moczu nie ma białka. Osutka zajęła plecy i oba pośladki a pęcherzyki w miejscu wstrzykiwań surowicy po pęknięciu pokryte są drobniutkimi, ciemnymi strupeczkami. Choremu, który pierwszy raz głośno przemówił, podano mięso i kompot.

4. Stycznia zrana ciepłota 37·0, tętno 96, oddechów 28; wysypka w miejscu wstrzykiwań surowicy zniknęła zupełnie, pozostawiając drobne łuseczki. Dziecko wesołe, mówi głosem zwykłym, lecz kaszle jeszcze czasami sucho, łaknie, śpi i trawi dobrze, w moczu ani śladu białka.

Od dnia 5. do 7. Stycznia włącznie ustąpiła osutka na plecach i pośladkach, ciepłota ciała była prawidłową a ogólny stan chorego, z wyjątkiem kaszlu, chwilami jeszcze pustego, był całkiem zadawalniający.

Dnia 8. Stycznia dziecko jako zupełnie zdrowe opuściło łóżko.

(Dokończenie nastąpi).

IV.

Otrzymujemy następujące pismo:

Szanowny Redaktorze!

Krótkie streszczenie wyników mej pracy nad znajdowaniem bakteryj gruźlicy w mleku wywołało obszerną odpowiedź prof. Walentowicza, mającą za zadanie przekonać czytelników *Przeglądu lekarskiego* 1) że moje doświadczenia były nieodpowiednio wykonane i 2) że tuberkulina nie ma wartości rozpoznawczej.

Przedewszystkiem oświadczyć muszę, że staram się zwykle, by w swoich wywodach nie ulegać bezwzględnie danym w literaturze, lecz sam wykonywam doświadczenia i wyprowadzam wnioski na zasadzie otrzymanych wyników. Tak też postąpiłem i obecnie. Gdy jeszcze nikt nie rozpoczął prób z mlekiem pod względem obecności bakteryj gruźliczych, wówczas wykonałem w Warszawie szereg doświadczeń na królikach. Wyraźnie zresztą o tem mówię w swojej pracy, ale tego prof. Walentowicz widocznie nie spostrzegł. W Krakowie wykonałem doświadczenia wyłącznie na świnkach morskich, gdyż zwierzę to jest znacznie wrażliwszem, o czem zresztą powszechnie wiadomo. Swinka jest tak wrażliwą na jad gruźliczy, że do zakażenia wystarcza nawet podskórne wstrzyknięcie nadzwyczaj małej nawet ilości, mianowicie pod skórę brzucha. Mleko znów, jako płyn zawierający bardzo wiele bakteryj gnilnych a nieraz i ropotwórczych wstrzykiwane do otrzewny, zbyt często wywoływać może ogólne zapalenie otrzewny i niepotrzebną stratę zwierząt oraz nieudanie się próby, gdyż śmierć następuje wcześniej, niż pojawienie się rozwoju gruźlicy. Przestrogę zatem co do sposobu wykonywania szczepień gruźlicy, do mnie przez prof. Walentowicza skierowaną, uważam za niesłuszną.

Doświadczenia swoje z tuberkuliną od czasu samodzielnego wykrycia sposobu jej przyrządzania a nawet nadania nazwy tuberkuliny i ogłoszenia sposobu otrzymywania przed publikacyami w tym względzie innych badaczy a nawet i samego Kocha ogłaszałem w *Gazecie lekarskiej* [1]), zkąd referaty były nietylko w *Przeglądzie lekarskim*, ale i w wielu czasopismach naszych i zagranicznych, np. w znanym powszechnie *Jahresbericht* Baumgartena. Jedną większą pracę wykonałem w Instytucie med. doświadczalnej w Petersburgu [2]), referat zaś z tej pracy był ogłoszony w *Centralblatt für Bakteriologie* [3]). Dziwnym zbiegiem okoliczności wszystkie te prace uszły uwagi prof. Walentowicza.

[1]) Gazeta Lekarska Nr. 4. i 30. r. 1891.
[2]) Archives de Med. expér. 1892.
[3]) Centralbl. f. Bakter. T. XVI Nr. 22.

W szeregu tych prac mogłem się przekonać na kilkudziesięciu świnkach, królikach i innych zwierzętach z rozwiniętą gruźlicą o właściwości odczynu wywołanego przez wstrzyknięcie podskórne tuberkuliny. Corocznie zresztą na swoich wykładach pokazuję zwierzęta zaszczepione gruźlicą i traktując je tuberkuliną wespół ze zdrowemi zwierzętami mam sposobność naocznie wykazać działanie tuberkuliny. Odczyn nie występuje tam tylko, gdzie gruźlica doświadczalna nie zdołała się rozwinąć. Tak było np. u 2 krów, które nie zapadły na gruźlicę pomimo szczepienia zarazka, co prawda, w nadzwyczaj małej ilości. Doświadczeń nad bydłem wykonałem zresztą niewiele — ale wykonali je inni w wielkiej liczbie. Ponieważ od r. 1891. najwięcej może w tej mierze dokonał prof. Nocard, dyrektor szkoły weterynarskiej w Alfort, znany twórca metody hodowania gruźlicy, dlatego więc na niego się przedewszystkiem powoływałem w swej pracy. Nocard wykonał 1500 szczepień tuberkuliny i 192 autopsyj zwierząt, po szczepieniu zabitych. Wogóle prace Nocarda zasługują na streszczenie, które czytelnicy *Przeglądu lek.* otrzymają niebawem. Tam znaleść będzie można szczegółowe odparcie zarzutów prof. Walentowicza, który już zdołał przekonać się o bezużyteczności tuberkuliny.

Tymczasem przytoczę tylko kilka uwag Nocarda [1]). Najpierw oświadcza on, iż podziela ogólnie zresztą utarte przekonanie, że nie ma nic trudniejszngo nad kliniczne rozpoznanie gruźlicy w początkowym okresie rozwoju. Tak np. w r. 1893 w miasteczku Marmande został nagrodzony wół okazowy, zakupiony za 800 franków na rzeź. Pokazało się, że był on dotknięty gruźlicą płuc, opłucny i otrzewny i jako taki nie mógł być na zasadzie ustawy obowiązującej na jatki użyty, lecz mięso uległo zniszczeniu. Dlatego to właśnie odczyn tuberkuliny jest tak cenną wskazówką rozpoznawczą; wskazuje on bowiem te stadya rozwoju, których inaczej wcale rozpoznać nie można. Niekiedy ognisko gruźlicze jest tak małe, że trzeba wiele cierpliwości i wytrwałości, ażeby je odnaleść — a jednak skoro odczyn po tuberkulinie wystąpi, sumienne poszukiwanie zawsze je wykryje.

Tuberkulina zbyteczną jest tylko w tych razach, gdzie klinicznie żadnych wątpliwości co do gruźlicy niema. Gdy zwierzę gorączkuje, wówczas odczyn tuberkulinowy często zostaje zamaskowany. W takich razach nikt zresztą z wytrawnych weterynarzy nie pomyli się i bez tuberkuliny, gdyż suma objawów wystarczy do rozpoznania.

W innych chorobach tuberkulina wcale nie wywołuje odczynu gorączkowego. Tak twierdzi Nocard na zasadzie swych licznych poszukiwań. W jednym np. przypadku 18 sztuk bydła w Bois-Boudran, uznanych klinicznie za gruźlicze, na zasadzie działania tuberkuliny uznano za wolne od gruźlicy. Istotnie po zabiciu jednej z najbardziej podejrzanych sztuk pokazało się, że zwierzęta chorują na czerwiowe zapalenie oskrzeli *(bronchite vermineuse)*. Dwie krowy z promienicą szczęki, u których wystąpił odczyn po tuberkulinie, pokazały się choremi na gruźlicę i promienicę jednocześnie.

Ostatecznie Nocard przychodzi do wniosku, że tuberkulina jest środkiem „nieporównanej wartości rozpoznawczej.“

Tam, gdzie tuberkulina wskazuje obecność gruźlicy, autopsya zaś żadnych zmian nie wykazuje, należy raz jeszcze i to bardzo szczegółowe autopsyą powtórzyć a ognisko gruźlicze, nieraz bardzo drobne znajdzie się napewno. Inaczej należy twierdzić, że autopsyą źle wykonano, zmiany zaś gruźlicze przeoczono.

Widzimy więc, o ile słusznym być musi ten najważniejszy zarzut prof. Walentowicza, co do zawodności tuberkuliny w rozpoznaniu gruźlicy.

Inne zarzuty prof. Walentowicza tracą znaczenie wobec nieutrzymania się tego pierwszego. Cóż bowiem znaczyć może, że tuberkulina jest za drogą (porcya jej kosztowałaby u nas w Krakowie około 50 ct.) skoro buhaj próbowany tuberkuliną w Niemczech, ceniony jest o 100 marek wyżej, niż niewypróbowany. Dalej zarzuca prof. Walentowicz, że potrzeba dużo termometrów do mierzenia ciepłoty, oraz znacznej liczby pomocników. Jeżeli się ma dostateczną wprawę w eksperymentowaniu ze zwierzętami, to wszystkie te trudności nie wyrastają do tak poważnych rozmiarów. Wówczas i „kopnięcia“, którego się obawia prof. Walentowicz, można uniknąć dosyć łatwo. I ten bowiem zarzut zrobiono przeciw tuberkulinie. Gdyby to wszystko miało nas przejmować obawą, wówczas należałoby naprawdę pomyśleć nad tem, czy raczej nie powinniśmy z naszych pracowni wogóle usunąć doświadczeń na zwierzętach, które mogą kopać, kasać, bóść itp.

Nie mogę również uznać zarzutu szkody materyalnej, jaka wyniknie, zdaniem prof. Walentowicza, ze zniszczenia doraźnego wielkiej ilości bydła w danej oborze. Twierdzenie to pozostaje w sprzeczności z innem, które prof. Walentowicz sam z zupełną słusznością dalej wypowiada co do chorób zakaźnych, które tak skutecznie w Galicyi wytępiono, tylko dzięki doraźnemu tępieniu zwierząt chorych. Jeżeli bowiem uznamy gruźlicę za chorobę zakaźną, to trzeba zniszczyć źródło zakażenia. Inaczej żadne ustawy ani rozprawy nic nie pomogą. I tu zresztą jest rada. Bydło uznane za dotknięte początkami gruźlicy radzi Nocard wypasać i na rzeź oddawać, zanim gruźlica mocno się rozwinie. Sztuki zakażone należy tylko oddzielić od zdrowych, ażeby uchronić je od ciągłego i bliskiego obcowania i bezpośredniego zetknięcia *(cohabitation intime et prolongée)* które i Nocard za najważniejsze uznaje, a co do którego prof. Walentowicz wypowiada pewne wątpliwości.

W końcu niesłusznie zarzuca mi prof. Walentowicz, jakobym miał siebie uważać za pierwszego, który u nas zajmował się kwestyą gruźlicy. Zaiste zbyt skromnie sądzi o mnie prof. Walentowicz! Twierdzeniem takiem ubliżyłbym istotnie tym wszystkim, którzy przede mną tą kwestyą poważnie się zajęli, a w których liczbie i siebie sam prof. Walentowicz wymienia

Twierdzę tylko, że doświadczalnie nad gruźlicą i rozpoznaniem za pomocą tuberkuliny za mało u nas zrobiono. A co do badań nad mlekiem, o ile mi z literatury wiadomo, nikt chyba w Polsce doświadczalnie gruźlicy nie poszukiwał. Jeżeli zaś tak jest, to oczywiście pierwszeństwo do mnie nie należy, ale mi też o nie wcale nie chodzi.

---

[1]) Nocard. Prophylaxie de la tuberculose bovine. 3. Congres de la tuberculose 1893. — La tuberculose. Diction. Veter. Pratique 1892. — La tuberculose bovine. Bordeaux 1894.

V.

Na powyższe pismo otrzymujemy następującą odpowiedź:

Nie miałem zamiaru zajmować się więcej publikacyą prof. Bujwida; z uwagi jednak na niektóre pozorne zarzuty w niej zamieszczone zmuszony jestem jeszcze raz głos zabrać. Mianowicie zwracam uwagę, iż nie odmawiałem w swojej krytyce tuberkulinie pewnej wartości dyagnostycznej, lecz sprzeciwiłem się tylko wyrażeniu, że jest doskonałym środkiem rozpoznawczym w gruźlicy. Chcących się zaś o prawdziwości mojego oświadczenia przekonać, odsyłam do pierwszorzędnych dzienników zawodowych jak: *Zeitschrift fur Thierheilkunde und vergleichende Pathologie* w Lipsku, *Archiv f. prakt. u. wiss. Thierheilkunde* w Berlinie, *Viertel-jahresschrift f. Veterinärkunde* w Wiedniu i t. d. redagowanych przez znanych, znakomitych zoopatologów jak Bollingera, Johnego, Friedbergera, Schütza, Csokora i innych. Jeżeliby zaś ktoś życzył sobie mieć w krótkości zestawione i ocenione wszystkie wyniki o wartości tuberkuliny, znajdzie je w klasycznem dziele pod tytułem: *Specielle Pathologie und Therapie der Hausthiere*, przez prof. Friedbergera i Fröhnera w tomie II-gim na str. 560 i 561. Powoływanie się prof. Bujwida na spostrzeżenia jedynego Nocarda, który zresztą w nauce do wyroczni nie należy, nie może być przecież decydującem wobec tysięcy eksperymentów, dokonanych w Niemczech, Danii, Austryi i innych krajach. Że Nocard wyczytawszy o niekorzystnych wynikach, otrzymywanych tu i owdzie po zaaplikowaniu tuberkuliny, zarzucił z właściwą Francuzom pewnością pierwszym zoopatologom, iż sekcye niedokładnie robiono, pochodzi ztąd, że nie umiał sobie wytłómaczyć tego zjawiska, które dzisiaj naukowo wyjaśnione zostało. Mianowicie pierwszy Centanni w pracy: *Ueber das Infektionsfieber. Deut. med. Wochenschrift.* 1894. Nr. 7. następnie Prus w pracy: O działaniu malleiny na krew w *Przegl. weterynarskim* 1894. we Lwowie, oraz przedewszystkiem Eber w pracy: *Ueber das Wesen der sogenannten Tuberkulin- und Malleinreaction. Deutsche Zeitschrift f. Thiermedicin u. vergleichende Pathologie.* Tom XXI. Zeszyt 1—2. 1894, wykazali, że w produktach wymiany bakteryj jakoteż i w ich wyciągach znajduje się substancya, t. z. pirotoksyna, działająca na ośrodki termogenetyczne w ten sposób, że po wprowadzeniu n. p. do ustroju tuberkuliny, która względną ilość pirotoksyny zawiera, sumuje się jej pirotoksyna z pirotoksyną znajdującą się w ustroju dotkniętym gruźlicą, wywołując zadraźnienie ośrodków cieplikotwórczych. Jeżeli połączone pirotoksyny są w małej ilości, to ciepłota pozostaje niezmienioną; jeżeli ilość pirotoksyn jest znaczniejszą, to nastąpi podraźnienie tych ośrodków i ciepłota się podwyższy; gdy zaś będzie zawielką, to występuje nawet porażenie ośrodków i obniżenie się ciepłoty ciała. Te wywody tłómaczą nam dostatecznie, dlaczego w rozległej gruźlicy bydlęcej nie otrzymujemy reakcyi a dlaczego pojawia się ona po zaaplikowaniu tuberkuliny w innych chorobach zakaźnych, jak n. p. promienicy i t. p.

Prawdą jest, że po pierwszych próbach z tuberkuliną na bydle zapanował podobny entuzyjazm między hodowcami, jaki zapanował między lekarzami za pojawieniem się tuberkuliny. Dzisiaj on ostygł a amatorów na płacenie 100 marek więcej za buhaja tuberkuliną badanego trudno będzie znaleść. Na przypuszczenie, że badane bydlęta a względnie stadniki, okazujące hipertermią czyli gruźlicą dotknięte, nie potrzebują być wybijane, lecz odosobnione i tuczone, muszę zwrócić uwagę prof. Bujwida, iż tuberkulina nie jest obojętną dla ustroju, lecz silną trucizną wywołującą białkomocz, zapalenie nerek i różnorodne zwyrodnienia innych miąższowych narządów a przedewszystkiem porażenie mięśnia sercowego, lecz co gorsza, jak wykazał Hess, prosektor z Berna szwajcarskiego na kongresie higienicznym w Budapeszcie ubiegłego roku, iż w krótkim czasie po injekcyi tuberkuliny znalazł u takiego bydła po zabiciu zupełnie świeże nacieki gruźlicze, w ogóle bardzo znaczne zaostrzenie się sprawy chorobowej, która przecież na tuczenie niekorzystny wpływ wywierać musi.

Co się tyczy zarzutu, iż pominąłem publikacye prof. Bujwida, to muszę wyjaśnić, iż nie miałem na myśli jego prac w ogóle nad tuberkuliną i prac nad myszami, królikami, lecz prace odnoszące się do szczepienia bydła, a których nadaremnie szukałem w zawodowych pismach, gdzie wszystkie *in extenso* lub przynajmniej w streszczeniu są umieszczone. W sprawie zaś badania pod względem gruźlicy zapomocą wstrzykiwania śródotrzewnowego mleka podejrzanego morskim świnkom, to opierałem się na opinii pierwszorzędnych eksperymentatorów, jak Arloing, Bollinger etc., którzy ten sposób badania mleka co do prątków gruźliczych uważają za najpewniejszy i którzy umieją pracować i dla nauki już dotąd wiele zrobili. O ropnem zapaleniu otrzewny po zastrzyknięciu nie wspominają wymienieni autorowie, a ja także robiąc doświadczenia od kilku tygodni na małym wprawdzie materyale, mogę poświadczyć, że morskie świnki w ten sposób szczepione, są do dziś dnia zupełnie zdrowe i można je każdej chwili zobaczyć w mym zakładzie. Przytem wypada mi nadmienić, że ani nie odmawiałem, ani nie odmawiam prof. Bujwidowi pierwszeństwa co do badania mleka pod względem prątków gruźliczych w Krakowie; wspomnę tylko, że już przed czterema laty badałem także mleko krakowskie w tej mierze przez wydzielanie sernika i szukanie w nim po zabarwieniu prątków. Ponieważ rzecz nie wydawała mi się ani nową, ani też przedstawiającą wielkiego interesu naukowego, przeto jej nie ogłaszałem, tak jak to samo czynią zakłady kliniczne u nas, które ustawicznie badają plwociny i inne wydzieliny co do obecności prątków gruźliczych.

W końcu muszę oświadczyć prof. Bujwidowi, że w sprawie zachowania się wielkich zwierząt, jak buhajów w obec szczepienia i podobnych zabiegów uważam siebie za nierównie kompetentniejszego na podstawie więcej niż 20-letniej rozległej praktyki, którą obecnie z powodu zajęcia naukowego zarzuciłem. Otóż tego rodzaju zwierzęta, jak stadniki są zwykle wielce złośliwe, w skutek czego udaremniają często wszelkie zabiegi, czy to zapobiegawcze, czy lecznicze lub doświadczalne, przyczem nierzadko swojem wrogiem zachowaniem się zagrażają zdrowiu i życiu leczącego lub eksperymentatora; kopnięcie należy jeszcze do mniejszych uszkodzeń.

Upraszając Szanowną Redakcyę *Przeglądu lek.* o umieszczenie niniejszego sprostowania, donoszę zarazem, że tem pismem uważam dalszą polemikę ze swej strony za skończoną.

Prof. Dr. Walentowicz.

VI Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4.

Napisali

Dr. Aleksander Rosner i Dr. Ludwik Świtalski,

asystenci tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

II.

Choroby pochwy.

Atresia vaginae	2
Carcinoma vaginae	1
Fistula recto-vaginalis	1
Fistula urethro-vaginalis	1
Fistula vesico-vaginalis	10
Fistulae vesico- et urethro-vaginales	1
Fistula vesico-uterina externa	5
Fistula vesico-uterina interna	2
Inversio vaginae	9
Prolapsus vaginae anterior	2
Prolapsus vaginae posterior	3
Stenosis vaginae acquisita	1
Razem	37

1) *Carcinoma vaginae.* L. p. 137. J. M., lat 28, zam., ze Słomnik. Rozpoznanie: *Carcinoma vaginae in pariete dextra.* Leczenie: *Excisio carcinomatis, sutura.*

Wywiady: Miesiączkuje od 16. roku prawidłowo. Zamężna od lat sześciu. Rodziła dwa razy, ostatni raz przed siedmiu miesiącami. Porody były prawidłowe.

W pierwszym połogu przed 5 laty chorowała przez cztery tygodnie wśród gorączki i dreszczów. Obecnie karmi. Od czterech miesięcy miewa krwawienia, przeplatane brudnymi upławami. Czasem krwawienia te są znaczne i wtedy obok krwi płynnej odchodzą skrzepy krwi. Przez trzy miesiące miewała silne bóle w krzyżach, od miesiąca zaś nie ma żadnych dolegliwości. Mocz oddaje prawidłowo.

Stan obecny: Osoba wzrostu średniego, budowy dość dobrej, miernie odżywionej, niedokrewna. Gruczoły limfatyczne w obu pachwinach wymacalne. W pochwie wyczuwa się twór kalafiorowaty, wielkości małej pięści, kruchy, wychodzący z bocznej prawej ściany pochwy, z którą stoi w związku na przestrzeni wielkości florena. Część pochwowa zaledwie zaznaczona, ujście zewnętrzne poprzeczne, o brzegach gładkich, dla palca niedrożne. Trzon macicy mniejszy leży horyzontalnie. Po wyjęciu palca z pochwy silne krwawienie.

Dnia 14. Czerwca w narkozie chloroformowej po ściągnięciu guza za pomocą szczypczyków Muzeuxa prawie aż do szpary sromnej, rozszerzonej odpowiednio przez wykonanie obustronnej epizyotomii, okrojono błonę śluzową pochwy do około guza w odległości prawie centymetra od nowotworu i następnie tumor wycięto. Odcięcie guza od podstawy nie przedstawiało wielkich trudności, gdyż tkanka łączna podśluzowa była tak nieznacznie zajęta, że pozornie przedstawiała się prawidłową; dopiero badanie mikroskopowe po operacyi wykazało i wśród niej ogniska rakowe tak, że nie ma pewności, czy nowotwór wycięto w całości.

Następnie pozostałą ranę zespojono szwami jedwabnymi, węzełkowymi, pozostawiając dostateczną szparę do odpływu wydzieliny. Po zeszyciu obu ran po epizyotomii wytamponowano pochwę gazą jodoformową. Przebieg gojenia się rany był korzystny.

Tak jak przewidywaliśmy, tylko nieco rychlej, bo już w Październiku z. r. zgłosiła się chora powtórnie do kliniki z nawrotem dawnego cierpienia. Ponieważ przypadek ten stał się obecnie z wielu względów interesującym a badania nad przyrodą recydywy są w toku, przeto przypadek ten w swoim czasie będzie dokładnie opisany.

2) Przetoki między przewodem rodnym a organami moczowymi.

W ubiegłym roku szkolnym operowaliśmy z powodu tego cierpienia 14 razy a mianowicie w przypadkach:

przetoki cewkowo-pochwowej	1 raz
„ pęcherzowo-pochwowej	9 razy
„ pęcherzowo-mac. zewn.	4 „

Z tego wyleczono 8 przypadków a mianowicie:

przetok pęcherzowo-pochwowych	6 razy
„ pęcherzowo macicznych	2 „

Przetoki operujemy metodą zaleconą w Ameryce przez Simsa i Bozemana. Jeżeli zachodzi potrzeba zabiegów przygotowawczych, t. j. rozszerzenia zbliznowaconej pochwy, zakładamy do pochwy kule Bozemana a w niektórych cięższych przypadkach przecinamy nadto blizny nożem gałkowatym. Pacyentki do zabiegu operacyjnego układamy zawsze w położeniu kolankowo-łokciowem. Dawniej używaliśmy do tego celu krzesła Bozemana; obecnie przyszliśmy do przekonania, że krzesło to jest niewygodne dla operatora a dla pacyentki wcale nie uprzyjemnia niemiłej i niewygodnej sytuacyi. Nadto ujemne parcie w jamie brzusznej, które charakteryzuje to ułożenie i sprawia, że do pochwy wpływa powietrze i rozszerza ją, — nie objawia się albo wcale albo tylko niewyraźnie na tem krześle, przez co korzyści tego położenia, tak słusznie i wyczerpująco ocenione przez genialnego jego wynalazcę [13]), stają się illuzoryjne. Bardzo być może, że tylko nasze krzesło kliniczne ma te braki, w zasadzie zaś jest przyrząd Bozemana dobry, skoro używają go i on i Neugebauer, otrzymując tak znakomite rezultaty operacyjne. Przetokę odsłaniamy za pomocą wziernika Simsa lub Simona i staramy się, o ile być może, sprowadzić ją ku wejściu do pochwy szczypczykami (*Kugelzange*) i haczykami. Okrwawiamy szeroko wedle przepisów Simsa i Bozemana a nauczeni niedawno kilkoma smutnymi doświadczeniami, o których później, zwracamy baczną uwagę na krwawienie, zwłaszcza z bocznych kątów przetoki. Szyjemy zawsze srebrem i nie mamy powodu uskarżać się na ten materyał; owszem jego łatwa do uzyskania i utrzymania aseptyczność, dalej ten szczegół, że nie widzieliśmy nigdy na nim złogów moczanowych, wyróżniają go korzystnie od innych.

Przeciw niemu przemawiać może chyba tylko to, że założenie go, zwłaszcza w trudniejszych okolicznościach nie zawsze jest łatwe i wymaga pewnej wprawy, ale to samo da się powiedzieć i o innych materyałach używanych do szwów, n. p. o jedwabiu, którego zawęźlenie w głębi pochwy bywa czasem bardzo trudnem. Szwy zakładamy gęsto, unikając skrzętnie wszelkiego okaleczenia błony śluzowej pęcherza i zakręcamy je dopiero po założeniu wszystkich. Ranę oczyszczoną należycie i wysuszoną zasypujemy grubą warstwą mięszaniny dermatolowej, podanej do użytku w ginekologii przez jednego z nas [14]) *(Dermatoli 80, Jodoformii, Acidi borici aa 10)* a do pochwy wsuwamy wąski strzęp suchej gazy jodoformowej. Co się tyczy leczenia pooperacyjnego, to jest ono łatwe i proste. Chorej odprowadzamy mocz co 2 do 3 godzin aż do wyjęcia szwów, w niektórych przypadkach tylko przez pierwszych kilka dni. Pozostawienie cewnika komornem *(à demeure)* stosujemy coraz rzadziej. Chora wstaje z łóżka dopiero po usunięciu szwów. Ranę w pochwie opatrujemy co dwa dni, począwszy od 4-go dnia po operacyi, przyczem zmieniamy gazę i dermatol. Robimy

[13]) Sims: Gebärmutter-Chirurgie 1870. s. 11.

[14]) Świtalski: Dermatol w ginekologii i położnictwie. *Przegląd lekarski* 1893. Nr. 18.

to, o ile być może, jak najdelikatniej i na sucho. Zupełnie bezczynne wyczekiwanie na zgojenie się rany nie wydaje nam się właściwem, gdyż w pochwie jest niezmiernie trudno utrzymać stosunki potrzebne do doraźnego gojenia się rany.

Chora przeczyszczona należycie przed zabiegiem, pozostaje przez pierwsze 3 dni na dyecie ścisłej, poczem sprowadzamy wolne wypróżnienie.

Szwy wyjmujemy między 8. a 12. dniem. Rękoczyn ten wymaga pewnej wprawy i bywa czasem wprost trudnym. Wprawa, cierpliwość i delikatność są przytem niezbędne, gdyż manipulujemy ze świeżo zgojoną raną, która przy nieoględnem postępowaniu mogłaby się rozejść, jak to się stało w 20 dni po udałej operacyi Emmeta[15]) w skutek zwykłego badania przez pochwę. Po wyjęciu szwów wysuszamy pochwę i zasypujemy ranę dermatolem. Gazy już nie zakładamy. Chora wstaje z łóżka i oddaje mocz sama.

Niezwykle często, bo aż w 3 przypadkach widzieliśmy po operacyi krwotok, dwa razy nawet groźny i w wysokim stopniu niepokojący. W jednym przypadku był on rzeczywiście następowym i pojawił się dopiero w 48 godzin po operacyi, w dwóch zaraz po zabiegu.

Czy opisując te przypadki przyznajemy się tem samem do winy i do jakiegoś błędu operacyjnego? Sądzimy, że nie, i postaramy się zdanie to uzasadnić. Przedewszystkiem oddzielić musimy przypadek, w którym krwawienie wystąpiło w 48 godzin po zabiegu, od dwóch innych.

Najzupełniej podzielamy zdanie Ziembickiego[16]), wypowiedziane na zjeździe brukselskim, że krwawienie to jest następstwem przecięcia rozszerzonych żył przez pętle szwu srebrnego. Jeżeli Pozzi twierdzi[17]), że przyczyna tego krwawienia tkwi w jakimś błędzie operacyjnym, to przecież może mieć na myśli albo zbyt rozległe i głębokie okrwawienie, albo skaleczenie błony śluzowej, albo w końcu niedostateczne zatamowanie krwotoku operacyjnego. Nie wiemy, czy jakiś inny błąd w technice operacyjnej mógłby w ogóle sprowadzić krwawienie. Ale te wszystkie wymienione błędy, o które rzeczywiście możnaby obwiniać chirurga, muszą objawić się zaraz po operacyi, jak w naszych dwóch przypadkach, ale nie w 2-gim lub 3-cim dniu. Więc może, jeżeli przecięcie szwem jest przyczyną krwawienia, błąd był w tem, że srebro było zbyt mocno zaciągnięte. I to nie wydaje się nam prawdopodobnem, gdyż, o ile być może, zakręcamy szwy niezbyt mocno. Przeciwnie zdaje nam się, że przyczyna tkwi w indywidualnej kruchości tkanek chorej a każdy chyba ginekolog zrobił to spostrzeżenie, że u niektórych pacyentek szwy, srebrne czy jedwabne, przecinają pochwę bardzo łatwo, u innych wcale nie. Czy ta kruchość nie zawisła właśnie od rozdęcia poporodowego żył, na które nacisk kładzie Ziembicki, nie wiemy, ale *a priori* wydaje się to prawdopodobnem. Również nie należy o tem zapominać, że błona śluzowa, którą szyjemy, znajduje się w stanie nieprawidłowym, będąc przez czas dłuższy macerowana spływającym moczem.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Fizyologia.

Boyer i Guinard: O nieprzepuszczalności fizyologicznej przybłonka pęcherza moczowego.

Już *a priori*, zastanawiając się nad czynnością fizyologiczną pęcherza moczowego w ustroju, przyjść należy do wniosku, że ściana jego nie ma zdolności wchłaniania. Sama budowa anatomiczna jego ściany o przybłonku wielowarstwowym, nieodpowiednim do czynności chłonnej, nadto jego rola zbiornika, służącego do wydalania z ustroju wytworów przemiany materyi rozpuszczalnych, przeczą możności wchłaniania płynu, znajdującego się wewnątrz pęcherza; w przeciwnym razie cała ta czynność wydzielnicza utworzyłaby błędne koło bez wyjścia, sam zaś pęcherz przemieniłby się w istną „beczkę Danaid". To też obecnie w fizyologii panuje zgodność w zapatrywaniach na nieprzepuszczalność przybłonka zdrowego pęcherza. Jednakże ostatnimi czasy zjawiły się głosy, kwestyonujące pewność tych zapatrywań; niektórzy badacze na podstawie doświadczeń zaczęli znów zwracać uwagę na możność resorpcyi z pęcherza i nawet na zasadzie tego polecali używanie pęcherza, jako jednej z dróg do wprowadzania środków lekarskich.

Chcąc sprawę tę ostatecznie rozstrzygnąć, wykonali autorzy w pracowni prof. Arloinga w Lugdunie szereg doświadczeń na psach, którym wprowadzali do pęcherza różne środki, głównie roczczyny wodne mocno trujących alkaloidów w ilościach zabójczych po wprowadzeniu do ustroju innemi drogami. W pierwszej seryi doświadczeń po zrobieniu laparotomii podwiązywano ujścia obudwóch moczowodów do pęcherza i cewki moczowej, poczem do tak zamkniętego pęcherza wprowadzano strzykawką o bardzo cienkiej igle, wbitej w wierzchołek pęcherza owe roczczyny. Jak łatwo zauważyć, ten sposób wykonywania doświadczeń jest nieodpowiedni, gdyż operacya jest sama przez się tak ciężką dla operowanego zwierzęcia, iż mowy tu być nie może o wchłanianiu w stosunkach, choć w przybliżeniu normalnych. Pomimo to z pięciu operowanych w ten sposób zwierząt po wstrzyknięciu im 5—10 centygr. strychniny, cztery zostały zabite w 5—7 godzin, nie zdradzając do tego czasu wcale objawów zatrucia strychniną, piąty zaś padł wskutek takiego zatrucia już w 2 godziny po wprowadzeniu roczczynu. Na sekcyi znaleziono u niego wybitne zmiany w przybłonku pęcherza. Dla tego też zupełnie słusznie porzucili autorzy to postępowanie i przeszli do sposobu, o ile możności, jak najłagodniejszego, któryby dawał możność niezmieniania stosunków fizyologicznych.

W tym celu wprowadzali oni przez cewkę do pęcherza cieniutki cewnik kauczukowy, przez który strzykawką wstrzykiwali 5 cm³. roczczynu jednego z alkaloidów trujących, ogrzanego do 35°; potem zwierzęta kładziono do klatek, odpowiednio urządzonych. Psy te pozbawione możności ruszania się i biegania mogły nie oddawać moczu w ciągu 10, 15, 16 nawet 20 godzin, zatrzymując w ten sposób wprowadzane środki razem z nagromadzającym się moczem a więc w stosunkach rzeczywiście prawidłowych. W ten sposób wykonali oni 20 doświadczeń, w których wprowadzono do pęcherza psom roczczyny alkaloidów w dawkach bezwzględnie trujących (0·50 kokainy, 0·20 morfiny, 0·1—0·20 pilokarpiny, 0·10 atropiny, 0·05 ezeryny, 0·04—0·10 strychniny etc.). Wszystkie zwierzęta pozostały przy życiu, jakkolwiek badanie moczu wykazywało zawsze obecność wprowadzonego środka. Na tej więc podstawie twierdzą autorzy, iż nieuszkodzony przybłonek pęcherza zdrowego nie wchłania wcale lub też w stopniu tak słabym, że wyników tego wchłaniania wykazać nie można.

W ostatniej części pracy przeprowadzają Boyer i Guinard polemikę z autorami, którzy do innych doszli rezultatów, głównie zaś z pracą Bazy i Sabatiera, których metoda doświadczalna była prawie taka sama. Odmienne wyniki otrzymane przez tych objaśniają tamci użyciem nieodpowiednich roczczynów, a mianowicie w takiem stężeniu, w jakiem płyny te już same przez się działają drażniąco na błonę śluzową. Wywołane przez to podrażnienie tej błony, przekrwienie i uszkodzenie przybłonka znosi tę zaporę, jaką stawia przenikaniu płynów warstwa przybłonkowa, i odtąd wchłanianie jest możliwe. Zupełnie inne własności pod tym względem posiada błona śluzowa cewki moczowej i dla tego zważać należy, aby przy wyprowadzaniu cewnika płyn nie dostawał się do cewki. Takie samo zdanie co do nieprzepuszczalności prawidłowego przybłonka pęcherzowego wyraził niedawno profesor Guyon. (*Archives de méd. expérim. et d'anatomie pathol.* 1894. VI. str. 883). *Dr. Kryński.*

---

[15]) Emmet: Principien und Praxis der Gyn. 1881 s 476
[16]) Congres périodique international de Gyn. 1894 s 460
[17]) Pozzi: Traité de gynecologie 1892. s 956

Choroby zakaźne.

Leczenie błonicy surowicą Behringa. (Sprawozdanie z odczytu prof. Widerhofera w Towarzystwie lekarskiem wiedeńskiem w dniu 21. Grudnia 1894).

Widerhofer leczył od Października do pierwszego tygodnia Grudnia z. r. a więc w czasie, gdy błonica zwykle cięższy okazuje przebieg, 160 przypadków jedynie zapomocą surowicy Behringa. Baczyć należy, że W. wstrzykiwał surowicę i w najcięższych przypadkach i w późnych okresach choroby. (Nadmienię tu, że W. pod względem rokowania dzieli przypadki błonicy na 1. lekkie, 2. ciężkie, 3. niepewne co do rokowania i 4. w których z największą pewnością spodziewać się można zejścia śmiertelnego). Z 100 tych przypadków zmarło 24, 74 zaś wyleczono a d w a j chorzy są w leczeniu; śmiertelność więc = 22%, podczas gdy śmiertelność w ubiegłych miesiącach b. r. wynosiła 52·6%; w trzech zaś poprzedzających latach 34·2%, 39% i 44%. Biorąc cyfry średnie, począwszy od r. 1862 (w szpitalu św. Anny), śmiertelność waha się między 32·3% i 71·9%. Do dat statystycznych w leczeniu surowicą wliczone są i te przypadki śmierci, w których po ustąpieniu błonicy dzieci pozostając w szpitalu nabawiły się płonicy, odry, zapalenia płuc i t. d.

W 12 przypadkach z wynikiem śmiertelnym sekcya wykazała krup zstępujący i w tych za życia wykonano intubacyę a w 9 z tych nawet tracheotomię. W 2 przypadkach wykryto odrę i zapalenie płuc nieżytowe; w jednym gruźlicę z wysiękiem opłucnowym, w jednym samą błonicę, w 5 sprawę gnilną, w jednym błonicę z obrzękiem głośni, a w jednym wreszcie płonicę i nieżyt drobnych oskrzeli. Jeden z pięciu uległych zakażeniu okazywał poczynające się zapalenie nerek; w 3 wykazano zapalenie nerek krwotoczne ostre *(nephritis haemorrhagica acuta)* a w jednym przypadku zapalenie zatorowe nerek (Kolisko).

Prątki Löfflera-Klebsa wykryto w 96 przypadkach, dwa przypadki nie mogły być zbadane, gdyż dzieci wnet zmarły a w dwóch nie wykazano prątków. W każdym zaś prawie przypadku były streptokoki, stafilokoki a w niektórych nawet ostatnie przeważały nad prątkami.

Co do działania surowicy Behringa, to już po 12 godzinach w formach czystych wypociny, przedtem żółtawe stawały się mleczno-białe i oddzielały się szybko; w formach zaś mieszanych sprawa ta odbywała się wolniej a oddzielanie się błon nie było tak dokładne. Po 24 godzinach dostrzeżono ustąpienie obrzęku na szyi, pomniejszenie się gruczołów przedtem powiększonych. Po upływie dalszych 24 godzin stan ogólny tak dalece się poprawił, że, jak W. powiada, działanie jest zadziwiające a nawet nie do uwierzenia. Tętno z 160 na minutę po pierwszem wstrzyknięciu spadało do normy, było pełne i silne; ciepłota zaś nie okazuje zmian. Co do porażeń występujących po błonicy, W. zmian żadnych nie obserwował.

Co do szczepienia ochronnego (wstrzykiwano surowicę Behringa Nr. 1) nic stanowczego W. wypowiedzieć nie może.

Z obserwacyi swych W. wysnuwa następujące wnioski:

1) Uważa surowicę Behringa za środek leczniczy w błonicy, dotychczas nie prześcigniony.

2) Najcięższe przypadki intoksykacyi, leczone w przeciągu trzech pierwszych dni choroby, okazują wyniki dotychczas nieobserwowane.

3) Behring słusznie powiada, że należy wstrzykiwać w pierwszych 3 lub 4 dniach, chociaż i po tym czasie W. obserwował dobre wyniki.

4) W samym początku zajęcia krtani surowica jeszcze działa dobrze; w zajęciu zaś drobnych oskrzeli wyników dobrych oczekiwać nie można.

5) Spodziewa się, że terapia Behringa zmniejszy znacznie śmiertelność w błonicy.

6) Szkodliwego wpływu nie obserwował.

7) W rzadkich tylko przypadkach występowało ograniczone zaczerwienienie skóry, pokrzywka, ropnie w miejscu wstrzyknięcia. Co do pierwszych 5 punktów W. jest zupełnie pewny i żadnych nie obawia się zarzutów.

Dr. J. Landau.

C o u s i n: **Leczenie charłactwa malarycznego.**

W 2 przypadkach charłactwa malarycznego leczonych bez skutku innymi środkami, C. zastosował wyciąg śledziony sterylizowany z barana w formie wstrzykiwań podskórnych. Wstrzykiwał po gramie, dochodząc stopniowo do 10 grm. Oprócz lekkiego podwyższenia ciepłoty i zwiększenia się dyurezy i dyaforezy, żadnych przypadłości nie obserwował. Śledziona zmniejszała się rychło, bóle w okolicy śledziony ustępowały, poprawa w łaknieniu, ciężar ciała większy, powiększenie liczby ciałek czerwonych krwi. Wyzdrowienie obydwóch nastąpiło po 35 injekcyach. (*La semaine médicale* 63. 1894).

Dr. J. Landau.

Zapiski terapeutyczne.

10. M. W a r m a n (w Kielcach). S m r o d z i e n i e c *(asa foetida)* w p r a k t y c e p o ł o ż n i c z e j i g i n e k o l o g i c z n e j. Do rozpoznania na pewno rozpoczynającego się poronienia niema zazwyczaj żadnej stałej podstawy. Jeżeli krwotok następuje w pierwszych czterech miesiącach, nie wiemy nic o życiu i stanie płodu a w takim razie idąc za Schroederem należy tak postępować, jak gdyby płód żył.

Schroeder radzi ciągłe leżenie na wznak aż do ustania krwotoku i kilka sporych dawek makowca. W niektórych razach terapia ta wystarcza, częściej po niejakiej pauzie odnawia się krwotok a ponieważ makowiec w dawkach małych zawodzi, w wielkich zaś nie da się długo stosować, przeto jest ciągła obawa o krwotok nagły i niebezpieczny.

Prócz takiego grożącego poronienia *(abortus imminens)* jest jeszcze poronienie nawykowe *(abortus habitualis)*, za którego przyczynę uważać musimy powiększenie się drażliwości macicy tak, iż po zadziałaniu czynników, które nie mają wpływu na inne ciężarne, następuje poronienie.

Otóż w przypadkach poronienia grożącego autor, idąc za przykładem włoskich lekarzy, spróbował smrodzieńca i przekonał się, że na 40 przypadków takiego poronienia, między 3. a 5. miesiącem ciąży, tylko w trzech przyszło do krwotoku cokolwiek większego tak, iż trzeba było przystąpić do tamponowania pochwy i szyjki.

Zamiast za przykładem Turazzy zadawać smrodzieniec w pigułkach, zadawał go autor w lewatywach, dając po 25 do 30 kropel *tincturae asae foetidae* na dwie lub trzy łyżki wody; nawet po używaniu smrodzieńca dosyć długo nie dostrzegł szkodliwego działania na ustrój, co jest już wielką korzyścią wobec makowca i chloralu.

Czy smrodzieniec w ten sposób użyty w poronieniach grożących zapobiega przerwaniu ciąży, nie może autor rozstrzygnąć z przyczyny zbyt małej liczby spostrzeżeń; natomiast przekonał się o korzystnem działaniu jego w poronieniu nawykowem, zadając go za Turazzą w pigułkach po 10 centygramów (postępując od 2 do 10 i zmniejszając znów tę liczbę stopniowo aż do porodu). Również pomyślnie działa smrodzieniec w tak pospolitem u kobiet zaparciu nawykowem żywota *(obstipatio habitualis)*.

W ten sposób zdaniem autora smrodzieniec nabywa prawa obywatelstwa w terapii poronienia i zaparcia żywota, tak częstem u kobiet tem bardziej, iż nie wywiera żadnych szkodliwych skutków ubocznych. *(Therapeutische Monatshefte.* Styczeń 1895).

11. A. R i e d: O u ż y c i u l e c z n i c z e m s o l i s t r o n t o w y c h (z oddziału prof. Draschego w powszechnym szpitalu wiedeńskim). Autor idąc za radą Labordego, który pierwszy wykazał, że sole strontowe nie są truciznami a działają korzystnie na trawienie i powiększają wydzielanie się moczu, tudzież zaleceniami Konstantego Paula i Dujardin-Beaumetza użył do swych doświadczeń mleczanu stronto-

wego *(strontium lacticum)* w rozczynie 25·00 na 150·00 wody, z którego zadawał dziennie po 3 do 4 łyżek.

Z 12 historyj choroby okazuje się, iż sole strontowe powiększają wydzielanie się moczu, osobliwie w przypadkach puchliny wodnej i w niektórych przynajmniej razach zmniejszają ilość białka w moczu.

Zdaniem autora wskazane są sole strontowe przedewszystkiem w chorobie Brighta, tudzież w wysiękach opłucnowych w miejsce kwasu salicylowego, który w razie dłuższego zadawania może rozwinąć nawet szkodliwe, trujące działanie. *(Ther. Mtshefte.* Styczeń 1895).

12. O. Schweissinger: Praktyczny i tani sposób zadawania kreozotu. Zdaniem autora najlepiej kreozot przepisywać w połączeniu z magnezyą, nierozpuszczającem się w wodzie, łatwem do utarcia a pozbawionem prawie smaku. Zaleca się najlepiej stosunek kreozotu do magnezyi z dodatkiem syropu, jak 1:9 tak, iż w gramie tego połączenia jest 10 centygramów kreozotu. Chcąc kreozot w tej formie zażywać, należy 20 kropel czyli 10 centygramów tej kombinacyi rozmącić w $^1/_4$ szklanki wody i wypić popijając wodą czystą lub kawą.

Przetwór ten wyrabia w Dreźnie Johannesapotheke i sprzedaje 150 gramów po marce a 300 gramów po 2 marki niemieckie *(Pharmaceutische Centralhalle* 50. 1894).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie zwyczajne dnia 7. Grudnia 1894 r.
Przewodniczący kol. Stroynowski.

Dr. Wernicki. *Leukaemia* (bielica, białaczka). Leukemią nazwano chorobę, w której występują ważne zmiany w składnikach krwi, które Virchow nazwał zwyrodnionem tworzeniem się tkanki krwi, przy którem liczba czerwonych ciałek ustawicznie zmniejsza się a w miarę tego liczba ciałek białych ciągle się zwiększa. Ciałka czerwone w skutek utraty hemoglobiny stają się bledsze, co wpływa razem na zmianę koloru krwi, który z czerwonego staje się jasnopłowym.

Stosunek ilościowy ciałek białych zmienia się postępowo. Ze stosunku normalnego jak 1:350 dochodzi czasami aż do 1:1.

Obliczanie ciałek czerwonych w leukemii nie ma zasadniczego znaczenia; za główną podstawę do ocenienia choroby i jej formy służy obliczenie absolutnej liczby ciałek białych, tudzież określenie stosunku procentowego każdego gatunku leukocytów. Zamiast 8·500 w 1 mm.^{3} białych ciałek, liczba ich zwiększa się powyżej 70.000 i dochodzi do 2,000.000 i wyżej. Oprócz tej ilościowej zmiany normalnych składników krwi występują nowe, patologiczne elementa, których w normalnej krwi nie znajdujemy.

Nie będę Panów zatrudniał długim wywodem o naturze tej choroby, o jej ciemnej etyologii, o zmianach teoryi i poglądów, jakie począwszy od Benneta i Virchowa aż do naszych czasów przesunęły się przed nami, gdyż znajdziecie je we wszystkich podręcznikach. Chcę mówić tylko o esencyonalnych zmianach we krwi w ich pełnem zestawieniu, jakichbyście napróżno szukali nawet w najnowszych edycyach podręczników patologii i terapii.

Eichhorst wraz z innymi dzieli leukemię na: 1) gruczołową, 2) śledzionową, 3) szpikowo gruczołową i 4) szpikowo-śledzionową. Kliniczne jednak dane nie starczą, by dokładnie odróżnić jedne formę od drugiej lub dokładnie określić, gdzie one występują razem. Tylko dokładna analiza krwi może nas pouczyć o formach leukemii. Podług więc hematologicznych danych nieco odmienny robimy podział a mianowicie: 1) Bielica limfatyczna, *lymphaemia*, gdzie przeważnie występuje leukocytoza z przeważającą ilością limfocytów, 2) *Myelaemia*, forma szpikowa, gdzie przeważają patologiczne elementa pochodzenia szpikowego, myelocyty i nakoniec 3) forma: bielica mięszana, *leukaemia mixta*, gdzie obie formy występują razem zmięszane.

By dokładnie ocenić różnice zachodzące między temi formami, musimy rozpatrzyć i poznać patologiczne składniki krwi, charakteryzujące leukemię a mianowicie:

1) Limfocyty duże z rozwiniętą karyolizą.
2) Wielojądrzaste neutrofile z rozwiniętą karyomitozą a osłabionym amebowatym ruchem (Löwit).
3) Erytrocyty duże (makrocyty czyli megalocyty).
4) Erytrocyty małe (mikrocyty).
5) Karłowate ciałka neutrofilne i eozynofilne.
6) Czerwone ciałka jądrzaste (z karyomitozą).
7) Czerwone ciałka metachromatyczne.
8) Myelocyty neutrofilne.
9) Myelocyty eozynofilne.
10) Limfocyty z δ granulacyą }
11) Leucocyty z γ granulacyą (*Mastzelle*). } przewrotnie się barwiące leasofilne.
12) Myelocyty bazofilne. }
13) Krzystały Charcota-Leydena, tyrozynowe.

Po przeglądzie patologicznych składników krwi leukemicznej przyjdzie nam z łatwością zrozumieć i ocenić formy chorobowe a mianowicie:

I. *Lymphaemia* charakteryzuje się: *a)* występowaniem w wielkiej ilości małych i dużych limfocytów powyżej 20.000 (Rieder) w 1 mm.^{3}; *b)* zwiększoną ilością wielojądrzastych neutrofilów; *c)* zwiększoną ilością eozynofilów powyżej 4$^0/_0$ (Erlich); *d)* małe, karłowate ciałka neutrofilne i eozynofilne; *e)* ciałka czerwone jądrzaste i nakoniec z rzadka co drugie lub trzecie pole mikroskopowe zjawia się myelocyt jeden.

II. *Myelaemia.* W niej występują przeważnie myelocyty wszystkich trzech rodzajów. W ogóle ogromna polimorfia składników, jak jądrzaste ciałka czerwone, metachromatyczne, limfocyty z delta granulacyą leukocyty z gama granulacyą i nakoniec Charcotowskie krzyształy tyrozynowe.

III. *Leukaemia mixta,* mięszana, przedstawia nam obie przytoczone formy zmieszane, gdzie obok znacznej ilości leukocytów występują w niewielkiej ilości myelocyty wszystkich trzech rodzajów.

Przedstawiony tu podział leukemii opiera się na zdaniu przeważnej części hematologów; jednakże, jeżeli to nie będzie poczytane za zbyteczną odwagę, to poważyłbym się objawić nieco odmienne swe zdanie, a mianowicie, że przytoczone wszystkie trzy formy stanowią jedną tylko i tą samą chorobę a tylko w rozmaitych fazach jej rozwoju. Początek każdej leukemii poczyna się od cierpienia gruczołów limfatycznych i śledziony zarazem, skutkiem czego występuje coraz bardziej zwiększająca się leukocytoza, to jest nadmierne powiększanie się ciałek białych, które przebywszy swą znaną ewolucyę, podlegają, jak wiadomo, rozpadowi, wskutek czego wytwarza się tak wielka ilość rozpadowych materyj, że schorzałe organa eliminacyjne, wątroba, śledziona i nerki nie są w stanie przerobić i wydalić ze krwi całej ich ilości; pozostają więc one we krwi i wpływają na chemiczną zmianę samej surowicy, stan jej z gruntu się zmienia, z reakcyi obojętnej lub alkalicznej, staje się kwaśną. Chemiczna analiza wykazuje nam mnóstwo rozpadowych elementów, jak: letycynę, nukleinę, kwas nukleinowy, ksantynowe połączenie i ich derywaty, kwas moczowy i moczany, kwas mlekowy, kwas mrówczany, bursztynowy, peptony i nakoniec tyrozynę. Zmieniona więc tak bardzo surowica, ten sok odżywczy nietylko na same składniki krwi, ale i na wszystkie tkanki całego ustroju a więc i na szpik kostny, w którym pod wpływem tak bardzo zmienionej surowicy, rozwija się sprawa chorobowa, szpik rzednieje, galaretowacieje i wyradza się a wskutek tego występują chorobowe, anormalne produkta, myelocyty, których przypływ do krwi coraz bardziej zwiększa się tak, że każda leukemia z powolnym przebiegiem, która w początkowym swym rozwoju była tylko limfemią, zakończyć się niewątpliwie musi formą szpikową, myelemią. A zatem wymienione trzy formy chorobowe stanowią jedną tylko chorobę, mającą trzy fazy, czyli peryody w swym przebiegu: 1. limfatyczny, 2. mięszany a 3. szpikowy.

Rokowanie. W leukemii rozróżniamy dwa stadya:

1-sze, gdzie pomimo polimorfii składników krwi stan surowicy niewiele jest zmieniony a elementa patologiczne barwią się normalnie. W tych przypadkach rokowanie jest lepsze; użycie tych samych środków, jakich używamy w anemii złośliwej a szczególniej arszenikowych przetworów w dużych dawkach sprowadzić może poprawę, przy powolnym przebiegu choroby i w sprzyjających okolicznościach.

2-gie stadyum, gdzie składniki krwi patologiczne barwią się przewrotnie, z oksyfilnych stają się bazofilnemi, występują leukocyty z γ (gama) granulacyą, myelocyty basofilne, kryształy Charcotowskie; w tych przypadkach rokowanie absolutnie złe: *exitus letalis*.

Dr. Wiczkowski zwraca uwagę, że kol. Prelegent przedłożył własne pojęcia o istocie bielicy a nie podał opisu tych przypadków, na których je oparł; nie mógł przeto przekonać swym wywodem czysto teoretycznym. Dotychczasowy podział bielicy utrzymać się musi, dopóki nie nagromadzą się ścisłe dowody obalające. Następnie kol. Wiczkowski przeszedł cały rozwój nauki o bielicy aż do obecnego stanu, opierając się na dotychczasowej literaturze i na swoich spostrzeżeniach, które poczynił na siedmiu przypadkach w szpitalu obserwowanych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie wyborcze dnia 19. Grudnia 1894 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Obecnych członków 46.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. przewodniczący zawiadamia, iż według rachunków, przedstawionych przez Dra Śliwińskiego, wydano na wzięcie udziału w wystawie lwowskiej przez Towarzystwo lek. krak. sumę 110 złr. 2 ct., wyznaczono zaś tylko 50 złr. Ponieważ nakreślony program spełniony był ściśle, zatem suma preliminowana była niewystarczająca, wobec czego wnosi kol. przewodniczący o udzielenie absolutoryum Drowi Śliwińskiemu, co też uchwalono.

3) Po zliczeniu obecnych członków zaprosił kol. przewodniczący kol. Browicza, przewodniczącego w Komitecie przedwyborczym, do przedstawienia listy kandydatów na urzędników Towarzystwa na rok przyszły, na skrutatorów zaś zaproszeni zostali kol. Murdzieński i kol. Ściborowski. Po obliczeniu głosów okazało się, iż zostali wybrani: prezesem kol. prof. Walentowicz, wiceprezesem kol. doc. Bossowski, sekretarzem dorocznym kol. Kozlowski, redaktorem *Przeglądu lekarskiego* kol. prof. Domański. Do komisyi redakcyjnej wybrano: koll. prof. Cybulskiego, Gluzińskiego, Marsa i Obalińskiego, na podskarbiego kol. doc. Zarewicza, na bibliotekarza kol. Murdzieńskiego, na delegatów do Towarzystwa lek. galicyjskich koll. Bylickiego i Schramma ze Lwowa, wreszcie do komisyi kontrolującej koll. prof. Marsa i Zanietowskiego starszego.

Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

VIII. Sprawozdanie z czynności sekcyi okulistycznej VII. Zjazdu przyrodników i lekarzy we Lwowie od 23. do 26. Lipca 1894 r.

Napisał
Dr. Adam Szulisławski,
sekundaryusz oddziału ocznego szpitala powsz. we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 2).

Gęste zaludnienie najbardziej ku wschodowi posuniętych powiatów, wysoka odsetka w nich Żydów, brak lekarzy tłómaczą częstość jaglicy na wschodniem pograniczu Galicyi. Następująca tablica wyjaśnia to bez komentarzy:

Powiat	Niezdolni do wojska [illegible] z powodu jaglicy	Odsetka Żydów	1 lekarz na mieszkańców	1 lekarz na klm. kw.	Mieszkańców na klm. kw.
skałacki	13 60	15 69	18·123	218·30	85
trembowelski	54·60	11·52	15·809	174·35	91
husiatyński	26·50	15·79	38·895	436 41	89
borszczowski	27·50	15·69	16 323	170·80	96
W całym kraju średnio .	12·80	11·50	9 097	119·96	76

Zdaje się, że częstsza jaglicę na wschodniej granicy Galicyi tłómaczy także częstsze stykanie się ludności z ludnością państwa sąsiedniego, wiadomo bowiem, że na granicy Królestwa Polskiego i Wołynia, przechodzenie granicy bywa z większemi połączone trudnościami.

Autor oblicza odsetki niezdolnych do wojska w Galicyi na $^1/_2$% popisowych, już po obliczeniu tych, którzy się drugi i trzeci raz stawiają. Obliczenie to, opierające się na wykazach Namiestnictwa, jest bardzo dokładne. Obliczenie na całą ludność Galicyi daje w przybliżeniu coś ponad $^1/_4$%: co znaczy, że 17—20.000 cierpi na jaglicę. Odsetka ta, raczej jest za niską, niż za wysoką.

Porównawcze tablice wykazują, że z krajów reprezentowanych w Radzie państwa, najczęstsza jest jaglica w Galicyi. W roku 1892. (*Militär - Statist. - Jahrbuch*) średnio na 1000 badanych przy poborach wojskowych we wszystkich trzech klasach nie przyjęto do wojska z powodu jaglicy w Cislitawii 2·1. Z tego przypada na terytoryalne okręgi wojskowe: wiedeński 0·2, inspruckí 0·1, gracki 0.9, zaraski 2·6, pragski 0·3, józefsztadzki 0·3, krakowski 1·8, przemyski 6·3, lwowski 6·3. Do okręgu terytoryalnego krakowskiego należą okręgi wojskowe uzupełniające w Cieszynie, Opawie, Schönbergu i Ołomuńcu. Średnia niezdolnych w tychże okręgach z powodu jaglicy jest daleko niższa, niż w Galicyi, skutkiem czego liczba powyżej przytoczona 1·8 jest dla galicyjskiej części wojskowego okręgu terytoryalnego o wiele za niska. Ciekawem jest porównanie z węgierską połową państwa. Jaglica jest na Węgrzech częstszą. Średnio na 1000 badanych przy poborach nie przyjęto do wojska z powodu jaglicy 3·0. Najczęstszą jest w zagrzebskiem terytoryalno-wojskowym okręgu (10·3).

Na końcu poruszył autor jeszcze jedną, bardzo ważną sprawę. Do wojska biorą ludność zupełnie zdrową i wolną od jaglicy. Z wykazu poborów wynika, że w roku 1890. wzięto 15-tu a w r. 1891. 16-tu z lekką jaglicą, których jednakże natychmiast urlopowano. Wojsko w zetknięciu z ludnością zaraża się i z góry przewidzieć można, że załoga krakowskiego korpusu mniejszą wykaże ilość chorych, niż lwowskiego, gdyż w zachodniej części kraju jest jaglica rzadszą, we wschodniej częstszą. Jest to naturalne oddziaływanie kraju na załogi wojskowe. Wykazy potwierdzają to liczebnie. Spodziewaćby się należało, że wojsko chorym na jaglicę, którzy w czynnej służbie wojskowej zarazili się, nie odmówi skutecznej pomocy lekarskiej. Tymczasem rzecz się ma inaczej. Chorych leczy się wprawdzie czas jakiś w szpitalu, lecz jeżeli leczenie jest bez skutku, uwalnia się ich od służby wojskowej albo urlopuje. Władza wojskowa w każdym przypadku zawiadamia Namiestnictwo, do których powiatów odstawia urlopowanych, aby tych chorych lekarz powiatowy objął w ewidencyę. Z tych aktów zestawiono następującą tablicę.

Zestawienie uwolnionych ze służby wojskowej i urlopowanych z powodu jaglicy:

Komenda korpuśna	1891.	1892.	1893.	Razem
krakowska	18	20	27	65
przemyska	119	71	74	264
lwowska	300	452	662	1414
Razem . .	437	543	763	1743

Tablica sama objaśnia, jak niekorzystnie oddziaływać musi urlopowanie chorych na ludność. Dość powtórzyć, że korpus lwowski w r. 1893 rozpuścił 662 ludzi dotkniętych chorobą zaraźliwą po powiatach, gdzie roznoszą chorobę. W trzech latach odstawiono do powiatu złoczowskiego 95, tarnopolskiego 74, skałackiego 69, lwowskiego 68, brodzkiego 64, kamioneckiego 62, husiatyńskiego i borszczowskiego po 47, do kołomyjskiego 41 chorych. Nic dziwnego, że w następnych latach znajdzie się przy poborach w tych powiatach znaczna ilość niezdolnych do wojska z powodu jaglicy. Wprawdzie lekarz powiatowy powinien leczyć odstawianych do powiatu (ewidencya), co przeprowadzić jednakże przy rozległości naszych powiatów, jest rzeczą bezwzględnie niemożebną.

Wobec tego stanu rzeczy uchwalono na wniosek prelegenta przedstawić na pełnem posiedzeniu zjazdu następujące wnioski:

1) Wobec bardzo częstej jaglicy w kraju, która wiele osób pozbawia wzroku a bardzo wielu ludzi czyni niezdolnymi do pracy, należy utworzyć kosztem publicznym zakład, w którymby dotknięci jaglicą znaleźli pomieszczenie i umiejętną pomoc.

2) Ponieważ udowodniono, że urlopowanie i uwalnianie ze służby wojskowej żołnierzy dotkniętych jaglicą przyczynia się głównie do rozpowszechnienia tego cierpienia pomiędzy ludnością wiejską, należy poczynić starania, aby żołnierzy, którzy zarazili się podczas służby w wojsku, przed wyleczeniem nie wypuszczać do miejsca stałego zamieszkania.

3) Aby zapobiedz rozpowszechnianiu się jaglicy w szkołach, należy rozciągnąć kontrolę nad młodzieżą szkolną, przez peryodyczne i z urzędu nakazane badanie oczu.

4) Należy się wreszcie starać, aby zakłady lecznicze w kraju w rocznych sprawozdaniach uwidoczniały ilość chorych na jaglicę i ogłaszały z jakich powiatów pochodzą. — Uchwalono.

W dyskusyi nad tym przedmiotem podaje Dr. Brudzewski (z Krakowa), że badał, z jakich stron pochodzą chorzy na jaglicę, leczący się w ruchomej klinice krakowskiej i znalazł, że przeważna ilość mieszka wzdłuż linii kolejowej. Prelegent znachodzi to zupełnie zrozumiałem, gdyż przeważną rolę odgrywa tu łatwość komunikacyi.

Dr. Adam Szulisławski (ze Lwowa): O operacyjnom leczeniu jaglicy. (Referat). Będzie w całości umieszczony w *Przeglądzie lekarskim.*

Dr. Zygmunt Kramsztyk (z Warszawy): O sposobach dążących do usunięcia jaglicy.

Z uwagi, że jaglica u nas znacznie głębsze, niż między innymi narodami zapuściła korzenie i rok rocznie niemało sił roboczych od pracy społecznej usuwa, sądzi prelegent, że obowiązkiem naszym jest podjąć energiczną walkę z tem złem, które społeczeństwo nasze dotyka i że inicyatywa przedewszystkiem wyjść powinna od lekarzy. Najodpowiedniejszym do tego środkiem jest zdaniem prelegenta zawiązanie towarzystwa, mającego na celu zwalczanie jaglicy a to wspólnemi siłami wszystkich okulistów polskich i wydawanie pisma, poświęconego li tylko sprawom jagliczym, w którem poczestniejsze miejsce, niż to dotychczas było możliwem, powinna zająć kazuistyka jaglicy. Założenie takiego towarzystwa miałoby racyę bytu, choćby z tego tylko względu, że mogłoby ono jako poważne ciało zbiorowe, z większą pewnością i skutkiem występować wobec sfer wpływowych i decydujących i wykołatać niejedno, czegoby jeden człowiek, nawet jak najlepszemi ożywiany chęciami, osiągnąć nie potrafił.

Po dość ożywionych rozprawach przychylono się do wniosku Dra Macheka, aby ze względu na nie dające się z góry obliczyć trudności techniczne w zawiązaniu takiego towarzystwa a niemniej ważne trudności materyalne w wydawaniu pisma, nie mogącego z natury rzeczy zainteresować szerokiego ogółu lekarzy, nie robić na razie wniosku o założenie towarzystwa a stanowczą decyzyą w tym względzie odłożyć do przyszłego zjazdu.

Dr. Teodor Bałłaban (ze Lwowa): Demonstracya instrumentaryum okulistycznego, zestawionego podług najnowszych zasad aseptyki. (Sprawozdanie własne).

Bałłaban demonstrował torbę zestawioną do operacyj okulistycznych. Torba ta składa się z dwu równych części, które są przedzielone ścianą do wkładania (ruchomą). Z jednej jej strony znajduje się puszka z gazą jodoformową, puszka z watą sterylizowaną i 3 flaszeczki w drewnianych puszkach. Flaszeczki te są z cienkiego szkła tak, że płyny można przed każdą operacyą gotować; dalej szczotka do rąk, pilnik do paznogci i puszka z mydłem. Z drugiej strony są umieszczone wszystkie przyrządy do narkozy razem z flaszką na chloroform, brzytwa, nożyczki, płytka Jagera, kleszczyki proste *(Kornzange)*, pudełko z igłami, jedwab, rurka szklana napełniona pastylkami sublimatowemi i także z proszkiem jodoformowym, pędzel i wreszcie pudełko ze sterylizowanemi środkami do wstrzykiwań podskórnych Bernatzika wraz ze strzykawką Pravaza. W jednej połowie torby tej znajduje się aparat do gotowania narzędzi, dwie puszki szklane napełnione wacikami w sublimacie $^{1}/_{50}$% i pudełko z opatrunkami sterylizowanemi w suchej parze na 200° C. Drugą połowę wypełnia płótno kauczukowe o powierzchni 1·5 m.^{2}, czapka gutaperkowa na głowę, 2 siatki druciane Fuchsa, 2 ręczniki, mydlniczka a wreszcie instrumentaryum złożone z puszki metalowej, w której znajduje się 50 narzędzi. Te narzędzia, które się wkłada wgłąb oka, są sporządzone z irydu i platyny, aby przed każdem wejściem do oka dokładnie módz je w ogniu sterylizować

Prócz tego pokazał B. instrumentaryum okulistyczne mniejszych rozmiarów. W puszce metalowej mającej długości 30 cm., szerokości 16 cm. a głębokości 5 cm., znajduje się składany aparat do gotowania narzędzi i 42 narzędzi okul. w dwu pokładach. Instrumentaryum to, zrobione we fabryce A. Broża w Gracu, kosztuje 50 złr.

Doc. Dr. Franciszek Sroczyński (z Krakowa): W sprawie racyonalnego przepisywania szkieł w nierównej refrakcyi ócz. (Cały wykład będzie ogłoszony w *Przeglądzie lekarskim).*

Dr. Emanuel Machek (ze Lwowa): Nowe cięcie rogówkowe przy operacyi zaćmy bez irydektomii.

Ponieważ praca ta osobno w *Przeglądzie lekarskim* będzie drukowaną, pozwolę sobie tutaj krótko tylko wspom-

nieć, że autor operował tym sposobem dotychczas 30 przypadków, zawsze z dobrym wynikiem. Z tych 7, już zupełnie wygojonych, przedstawił uczestnikom sekcyi i w ich obecności operował 24. Lipca jeden, 26. Lipca drugi przypadek tym sposobem. U obu operowanych wynik był dobry; pierwsza opuściła oddział z $V = {}^{6}/_{12} - 8$, druga z $V = {}^{6}/_{6}$.

Dr. Zygmunt Kramsztyk (z Warszawy): O przyzwyczajeniu w czynnościach oka.

Badając u ludzi ze znacznem upośledzeniem widzenia bystrość wzroku za pomocą palców, otrzymamy u jednego i tego samego chorego wyniki różne, stosownie do tego, czy badanie rozpoczynamy w pobliżu chorego i stopniowo się oddalamy, czy też przeciwnie. Bystrość wzroku w pierwszym razie zawsze będzie większą. To samo powtarza się, gdy na tablicy Snellena od większych liter ku mniejszym postępujemy. I pole widzenia jest rozleglejszem, gdy badanie rozpoczynamy od środka perymetru a przy dwuwidzeniu porażnem obszar pojedynczego widzenia rozleglejszym, gdy od pojedynczego widzenia badamy ku obszarowi podwójnemu, aniżeli gdy postępujemy odwrotnie. Z tych okoliczności wyprowadza prelegent ogólną zasadę: Każda czynność nerwowa i mięśniowa zdolną jest do większego wysiłku, jeżeli natężenie jej świadomie, stopniowo wzrasta. W stanach patologicznych zdaje się, że różnica jest znacznie większa niż w stanach prawidłowych. U ludzi z tą samą wadą refrakcyi na przykład M = 2D siła bezpośredniego widzenia (t. j. bez szkieł) jest rozmaitą a mianowicie bez porównania wyższą będzie u człowieka nie używającego okularów, niższą u ludzi stale posługujących się szkłami, jak również w przypadkach, gdzie myopia trwa od niedawna. I tu więc znajdujemy stopniowe wzmaganie się funkcyi przez przyzwyczajenie, tylko, że ono tu dłuższego wymaga czasu i jest trwałem.

Dr. Kamocki (z Warszawy): O tłuszczowem zwyrodnieniu rogówki drobnowidowo stwierdzonem.

Prelegent badał 7 przypadków, z tych jeden, gdzie cierpienie wystąpiło samoistnie, sześć w połączeniu z łuszczką jagliczą. Zmiany drobnowidowe polegały na wytworzeniu się między rozwłóknionemi blaszkami rogówki, t. j. w jej przestworach chłonnych (limfatycznych), znacznie powiększonych komórek, zawierających liczne kuleczki tłuszczowe, po których rozpuszczeniu występowała wyraźnie siatkowata budowa treści komórkowej. Wspomniane kuleczki czerniały wyraźnie pod wpływem kwasu osmowego, same zaś komórki przypominały z wejrzenia nieco komórki gruczołów Meiboma. Klinicznie spostrzegać się dawały w rogówce powierzchownie leżące, drobne, kredowo białe plamki, przypominające złogi wapienne. Prelegent wypowiada przypuszczenie, że znaczna część mniemanych złogów wapiennych w rogówce jest właściwie tłuszczowem zwyrodnieniem tej błony, podobnie, jak to już dawniej zauważył Cuignet, choć twierdzenia swego nie poparł badaniem mikroskopowem.

Prelegent demonstruje nader piękne, czyste i wyraźne, prawdziwie wzorowe preparaty drobnowidowe.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 17. Stycznia 1895.

— Tegoroczny (niemiecki) kongres dla medycyny wewnętrznej odbędzie się od 2. do 5. Kwietnia w Monachium pod przewodnictwem prof. Ziemssena. Z wykładami należy zgłaszać się do prof. Baeumlera we Fryburgu w Bryzgowii.

— Komitet wykonawczy VIII. międzynarodowego kongresu higieniczno-demograficznego rozsyła rezolucye przez ten kongres przyjęte lub uchwalone, wydrukowane w czterech językach urzędowych tegoż kongresu.

— Ze zbadania surowicy przeciwbłoniczej, wyrabianej przez Rouxa w Paryżu, pokazało się, iż działa ona mocno przeciwgnilnie i jest 200 razy mocniejszą od tak zwanej surowicy prawidłowej czyli normalnej.

— VII. Zjazd niemieckiego Towarzystwa ginekologicznego odbędzie się tego roku w Wiedniu na Zielone Świątki (2. i 3. Czerwca). Głównemi przedmiotami obrad będą pęknięcie macicy (sprawozdawcami: Fritsch i Saenger) i zapalenie wewnętrznej powierzchni macicy (*endometritis*), (sprawozdawcami: Winckel, Ruge, Doederlein, Bumm, Wertheim, Fehling).

— William Goodel, wzięty ginekolog we Filadelfii, zapisał umierając 50000 dolarów wydziałowi lekarskiemu tamtejszego uniwersytetu i 10000 dolarów tamtejszemu również Towarzystwu lekarskiemu.

— Ostatni (3) numer *Wiener med. Wchschrift* zawiera w osobnym dodatku fotografie profesorów okulistyki we wszystkich uniwersytetach austro-węgierskich.

— W cesarstwie niemieckiem było na początku Listopada roku zeszłego 22287 lekarzy praktycznych, co w porównaniu z rokiem 1887, stanowi przybytek o 32% a ponieważ w tym czasie ludność powiekszyła się mniej więcej tylko o 10%, przeto przyrost liczby lekarzy jest trzy razy większy od przyrostu ludności.

— Od kilku tygodni pojawiają się przypadki duru brzusznego w znacznej liczbie w Londynie i to przeważnie w zamożnej klasie ludności. Badanie przyczyny wykazało, że najpodobniej do prawdy przypisać je należałoby konsumcyi ostryg, ponieważ w kilku domach dur brzuszny wystąpił tylko u osób, które jadły ostrygi i to równocześnie u tych, które także równocześnie je skonsumowały.

Jeżeliby ta okoliczność sprawdziła się w dalszym ciągu, wypadałoby przedsięwziąć z jednej strony pewne środki zapobiegawcze a z drugiej strony starać się wykryć, jakim sposobem przyszło do zakażenia ostryg, skoro laseczników duru brzusznego dotychczas nie znaleziono w wodzie morskiej.

— Przy ostatniej nominacyi nowych, dożywotnich członków Izby Panów austryackiej dostąpili tej godności dwaj profesorowie Wydziału lekarskiego uniwersytetu wiedeńskiego, Dr. Edward Albert i Dr. Herman baron Widerhofer.

— Jak donosi *Medical News*, w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej jest nadmierna produkcya we wszystkich dziedzinach zawodu lekarskiego; pism peryodycznych jest blisko 300, *Colleges* przeszło 100 a jeden lekarz przypada już na 600 mieszkańców.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich: w *Gazecie lekarskiej* Nrze 2.: J. Czajkowski: Zapalenie płuc komórkowe pod względem klinicznym, etyologicznym i anatomicznym (ciąg dalszy). W. Gajkiewicz: Trzy przypadki syfilisu mózgowia. W *Medycynie* Nrze 2.: Władysław S. Zawadzki: Przyczynek do patologii padaczki połowiczej. J. Rogowicz: Przypadek całkowitego, przewlekłego wynicowania macicy (*inversio uteri completa chronica*) (dokończenie). J. Grundzach: Zniknięcie przedwstępnych objawów ostrej niedrożności kiszkowej po usunięciu ciała obcego z odbytnicy.

— **Konkurs.** Miasteczko Tyśmienica (w powiecie tłumackim w Galicyi) rozpisuje konkurs na posadę lekarza a zarazem oglądacza bydła. Pensya roczna 350 złr. Dopuszczeni tylko doktorowie wszech nauk lekarskich. Podania do 15. Lutego do zwierzchności gminnej.

Redakcya otrzymała:

Statystyka miasta Krakowa zestawiona przez biuro statystyczne miejskie pod kierunkiem i redakcyą Prof. Dra Józefa Kleczyńskiego. Zeszyt IV. Kraków 1894.

Władysław Florkiewicz: O klimacie górskim Podhala tatrzańskiego i stacyi klimatycznej w Zakopanem. (Odbitka *Medycyny*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.